



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

# KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN VAASAN KESKUSSAIRAALAN OSASTOLLA E5

2010



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anna Haapamäki

Elina Mäenpää

Anne Oja-Nisula

# KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN VAASAN KESKUSSAIRAALAN OSASTOLLA E5

Sosiaali- ja terveysala

2010

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anna Haapamäki, Elina Mäenpää ja Anne Oja-Nisula
Opinnäytetyön nimi	Kirjaamisen kehittäminen Vaasan keskussairaalan osastolla E5
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	61 + 4 liitettä
Ohjaaja	Terhi Pekkinen

---

Opinnäytetyö toteutettiin osana rakenteisen kirjaamisen kehittämisprojektia Vaasan keskussairaalan osastolle E5. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli juurruttaa uusi kirjaamisen rakenteinen malli käytännön hoitotyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hankeraportti sekä kehittämismalli kohdeosastolle. Osaston kirjaamisen nykytilanteen kartoituksen perusteella valittiin mahdolliset kehittämiskohteet, joista yhteistyössä opiskelijajäsenten ja osaston kanssa valikoitui kehittämismallin aiheeksi hoitotyön arviointi.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus koostuu hyvän hoitotyön kirjaamisen määrittelystä, kirjaamiseen liittyvästä lainsäädännöstä, hoitotyön prosessista, hoitotyön arvioinnista ja rakenteisesta kirjaamisesta. Osaston kirjaamisen nykytilanteen kartoittamiseksi kerättiin tutkimusaineisto osaston hoitajilta kyselylomakkeen avulla, joka koostui sekä avoimista, että strukturoiduista kysymyksistä. Strukturoituja vastauksia taulukoitiin Excel- ja Word-ohjelmien avulla. Avoimien kysymysten vastauksia käsiteltiin sisällönanalyysin avulla.

Analysoinnin tuloksena voimakkaimmin nousi esille tarve kehittää hoitotyön arviointia. Toisena mahdollisena kehittämiskohteena nousi esille hoidon suunnittelu. Kehittämiskohteeksi valittiin hoitotyön arviointi, johon opinnäytetyön osana tehtiin kehittämismalli osaston käyttöön. Lisätoiveena osaston puolesta oli hoitotyön yhteenvedon sisällyttäminen kehittämismalliin. Kehittämisprojektin päättyessä toteutettiin loppukysely hankkeen tuomista hyödyistä. Vastaajista kolmasosa piti hanketta hyödyllisenä ja totesi arvioinnin lisääntyneen osastolla. Kahden kolmasosan mielestä hankkeella ei ollut vaikutusta kirjaamiseen eikä hoitotyön arviointi kehittämismallin myötä lisääntynyt. Kehittämismallia piti kuitenkin hyödyllisenä suurin osa vastaajista.

---

Asiasanat:	hoitotyö, dokumentointi, rakenteinen kirjaaminen, arviointi, kehittäminen, eNNI
------------	---

## ABSTRACT

Author	Anna Haapamäki, Elina Mäenpää and Anne Oja-Nisula
Title	Developing Nursing Documentation in Ward E5 in Vaasa Central Hospital
Year	2010
Language	finnish
Pages	61 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Terhi Pekkinen

---

This bachelor's thesis was carried out as a part of nursing documentation development project in Vaasa Central Hospital Ward E5. The purpose of the development project was to implement the new structured nursing documentation into the nursing practice. The purpose of the bachelor's thesis was to produce a report of the project and development model to the ward E5. To find out the present state of the ward's documentation, a survey was carried out. The survey revealed the development needs. The ward staff chose, together with the students, the process of nursing assessment to be the main focus when making the development model.

The theoretical part of the thesis consists of the following parts: a definition of good nursing documentation, nursing documentation legislation, the nursing process and structured documentation. The research material for the survey of the present situation was collected with a questionnaire among the nurses in the ward. The questionnaire had both structured and open ended questions. The answers to structured questions were tabulated with Excel and Word-programmes. The open ended questions were analyzed with content analysis method.

The results show that there is a strong need to develop the nursing assessment. There were also some development needs in the process of nursing planning. Nursing assessment was chosen to be a focus in the development work and a development model was made for the ward as a part of the bachelor's thesis. The ward had an additional wish to include nursing summary into the development model. In the end of development project a poll was carried out to find out what the benefits of the project have been to the ward. One third of the respondents considered the project useful and said that more nursing assessment was done in the ward. Two thirds of the respondents considered that the project had no influence on nursing documentation and that no more nursing assessment was done although a development model had been made. The development model was considered to be useful by most of the respondents.

---

Key words: nursing, documentation, structured documentation, assessment, developing, eNNI

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	9
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTELUT .....	11
2.1	Mitä on hyvä hoitotyön kirjaaminen? .....	11
2.2	Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö .....	13
2.3	Hoitotyön prosessi .....	16
2.4	Hoitotyön arviointi .....	17
2.5	Rakenteinen kirjaaminen .....	19
3	KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT .....	21
3.1	Juurruttaminen ja muutosjohtaminen .....	21
3.2	Strukturoitu kysely kartoituksen menetelmänä .....	23
3.3	Sisällönanalyysi .....	24
4	OSASTON E5 ESITTELY .....	26
5	KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS .....	28
5.1	Kirjaamisen nykytilanteen kartoittaminen .....	29
5.2	Kyselylomakkeen analysointi.....	29
5.2.1	Taustamuuttajat.....	30
5.2.2	Tulotilanne .....	31
5.2.3	Hoidon suunnittelu .....	35
5.2.4	Hoidon toteutus .....	39
5.2.5	Hoidon arviointi .....	41
5.2.6	Yleistä kirjaamisessa .....	44
5.3	Kartoituksesta nousseet kehittämiskohteet.....	47

5.4	Kehittämistoiminnan tuotos .....	48
6	ARVIOINTI.....	50
6.1	Hankkeen ja opinnäytetyön arviointi .....	50
6.2	Kehittämismallin arviointi.....	51
6.3	Osaston arviointi hankkeesta ja kehittämismallista.....	51
6.4	Oman oppimisen arviointi .....	53
7	POHDINTA .....	54
7.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	54
7.2	Ehdotus jatkotutkimusaiheeksi .....	56

## LÄHDELUETTELO

## LIITTEET

## KUVA-, TAULUKKO- JA KAAVIOLUETTELO

<b>Kuva 1.</b>	Tiedonkäsittelyn kierrokset	s. 22
<b>Taulukko 1.</b>	Tietokantojen tunnettavuus	s. 31
<b>Kaavio 1.</b>	Tiedot, jotka kirjataan potilaan tullessa hoitoon	s. 32
<b>Kaavio 2.</b>	Tapahtumat ennen tulotilanteen kirjaamista	s. 33
<b>Kaavio 3.</b>	Tulotilanteessa kirjattavien tietojen lähteet	s. 34
<b>Kaavio 4.</b>	Hoidon suunnittelussa kirjattavat tiedot	s. 36
<b>Kaavio 5.</b>	Toiminta ennen hoidon suunnittelun kirjaamista	s. 37
<b>Kaavio 6.</b>	Kirjattavan tiedon lähteet hoidon suunnittelussa	s. 38
<b>Kaavio 7.</b>	Hoidon toteutuksessa kirjattavat tiedot	s. 40
<b>Kaavio 8.</b>	Hoidon toteutuksessa kirjattavien tietojen lähteet	s. 41
<b>Kaavio 9.</b>	Toiminta ennen hoidon arvioinnin kirjaamista	s. 43
<b>Kaavio 10.</b>	Kirjattavan tiedon lähteet hoidon arvioinnissa	s. 44

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Taulukointi kyselyn vastauksista

**LIITE 2.** Kyselylomake nykytilanteen kartoittamisesta

**LIITE 3.** Kehittämismalli

**LIITE 4.** Loppukyselylomake



## 1 JOHDANTO

eNNI-hanke on vuosina 2008 - 2012 toteutettava valtakunnallinen hoitotyön rakenteellisen kirjaamisen kehittämisprosessi. eNNI-hankkeessa pyrkimyksenä on lisätä tietoutta terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa koskien uutta kirjaamismallia ja juurruttaa malli käytäntöön. eNNI-hanke toteutetaan ammattikorkeakouluopiskelijoiden sekä työorganisaatioiden yhteistyönä. ([www.enni.fi](http://www.enni.fi).)

eNNI-hankkeen aloitus toteutettiin 29.10.2008 käynnistysseminaarissa. Kevätseminaari, hankkeen tilannekatsaus pidettiin 7.5.2009, jossa tuotiin esille eNNI-hankkeessa mukana olleiden aluetyöryhmien kokemuksia sekä arvioitiin kehittämistoimintaa. Syysseminaari pidettiin 9.12.2009. Siellä käytiin läpi mitä eNNIstä opittiin ensimmäisenä vuonna ja mikä tulee olemaan eNNIn toisen osahankkeen tavoite. ([www.enni.fi](http://www.enni.fi).)

eNNI-hanke on tutkimus- ja kehittämisprosessi ja se jakautuu neljään eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on toimintaympäristödialogi, joka toteutuu kehittämisyhteistyötä käynnistävien/haluavien organisaatioiden ja niiden johdon välisestä kommunikoinnista. Pyrkimyksenä on tuoda esiin kehittämistarpeet liittyen terveydenhuoltoon ja koulutuksiin. Toinen kehittämisvaihe liittyy uuden osaamisen muodostumiseen, joka tapahtuu kehittämis pohjaisen oppimistyylin avulla (Learning by developing). Kehittäminen toteutetaan juurruttamismenetelmällä, jossa opiskelijat, opettajat ja sairaanhoitajat yhteistyössä tarkastelevat kirjaamisen nykyisiä toimintatapoja, tuovat esiin kehittämistarpeet, kehittävät uusia toimintatapoja perustuen tuloksiin sekä arvioivat niitä. Kolmannessa vaiheessa pyritään hyödyntämään osaamista ottamalla opitut asiat käyttöön. Kehittämishankkeen vaikuttavuuden arviointi tapahtuu neljännessä vaiheessa. ([www.enni.fi](http://www.enni.fi).)

eNNI-hanke koostuu kahdesta osahankkeesta. Vuosina 2008 - 2009 toteutetun ensimmäisen osahankkeen pyrkimyksenä oli muodostaa kehittämisprosessi terveydenhuollon organisaatioiden kanssa ja aloittaa kehittämissankkeen toteuttaminen. Vuosina 2009 - 2010 (16.5.2009 - 16.5.2010) toteutettavan toisen

osahankkeen tarkoituksena on jatkaa kehittämistyötä juurruttamalla suunnitelmaa terveydenhuollon yksiköihin. ([www.enni.fi](http://www.enni.fi).)

Valtakunnallisesti meneillään olevan eNNI-hankkeen toinen osahanke aloitettiin Vaasan ammattikorkeakoulussa syksyllä 2009 ([www.enni.fi](http://www.enni.fi)). Hankkeen tarkoituksena on juurruttaa uusi kirjaamisen rakenteinen malli käytännön hoitotyöhön Vaasan alueella. Hankkeeseen valikoitui Vaasan keskussairaalan osasto E5 ja Vähänkyrön vuodeosasto. Tämä opinnäytetyöprojekti toteutettiin yhteistyössä osaston E5 kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa osaston kirjaamisen nykytilanne ja sen perusteella tuoda esiin mahdolliset kirjaamisen kehittämisalueet. Kartoituksen avulla työyhteisö saa palautetta ja kokonaiskäsityksen omasta kirjaamisestaan. Opiskelijoiden ja työyhteisön toteuttaman yhteistyön avulla on tarkoituksena löytää ne kehittämiskohdat, joihin opiskelijat tekevät uuden kehittämismallin.

## 2 KEHITTÄMISTOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTELUT

Teoriaosuudessa käsitellään aihealueina hyvää hoitotyön kirjaamista, kirjaamisen lainsäädäntöä, hoitotyön prosessia, hoitotyön arviointia ja rakenteista kirjaamista. Hyvän hoitotyön kirjaamisen teoriaa haettiin hakusanoilla ”hoitotyö” AND ”dokumentointi” ja ”kirjaaminen” Vaasan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalista, jonka monihaulla voi hakea samanaikaisesti useasta eri tietokannasta. Kaikki lainsäädäntöön liittyvä materiaali haettiin Finlex-internetsivuilta. Hoitotyön prosessiin tietoa haettiin Nelli-portaalista hakusanalla ”hoitotyön prosessi”, sekä aikaisemmin tutuksi tulleesta hoitotyön oppikirjasta Hoitotyön osaaminen. Hoitotyön arviointiin tietoa etsittiin Nelli-portaalista monihaulla käyttämällä hakusanoja ”hoitotyö AND arviointi” ja ”näyttöön perustuva hoitotyö AND arviointi”. Rakenteiseen kirjaamiseen teoriallismateriaalia löydettiin Nelli-portaalista TRIA:n kautta hakusanoilla ”hoitotyö” AND ”kirjaaminen”, ”hoitotyö” AND ”dokumentointi” ja ”sähköiset asiakirjat”. Internetistä Google-hakukoneen kautta löytyi tietoa HoiDok- ja HoiData-hankkeista sekä opas FinCC-luokituskokonaisuuden käytöstä.

### 2.1 Mitä on hyvä hoitotyön kirjaaminen?

Kirjaamisessa eli dokumentoinnissa kyse on kirjallisen materiaalin tuottamisesta. Hoitotyön kirjaaminen tarkoittaa hoitotyön prosessien eri vaiheiden kirjaamista potilastietojärjestelmiin. (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 67-69.)

Hyvä hoitotyön kirjaaminen luo edellytykset hoidon systemaattiselle etenemiselle, varmistaa hoidon toteutuksen ja hoitoa koskevan tiedonsaannin sekä mahdollistaa hoidon seurannan. Hyvä dokumentointi ilmaisee, onko kyseessä potilaan oma, läheisen vai hoitajan mielipide. (Lauri, Moisander, Hämäläinen & Lehti 1991, 6; Hallila 1998, 18.)

Hoitotyön periaatteet, joita ovat esimerkiksi itsemääräämisoikeus, turvallisuus, yksilöllisyys, omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus, ovat pohjana hyvälle hoitotyön kirjaamiselle. Periaatteet toimivat ohjaten hoitohenkilökunnan

toimintaa ja ajatuksia asiakkaan eduksi. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2001, 45.)

Kirjaamiselle on asetettu laatukriteereitä, jotka pyrkivät johdattamaan laadukkaaseen kirjaamiseen. Laatukriteereitä ovat esimerkiksi taloudellisuus, virheettömyys, perustelut, helppolukuisuus ja selkeys. Hyvässä kirjaamisessa pyrkimyksenä on tuoda esille hoidon tarve, hoidolliset ongelmat, mihin pyritään eli mitkä ovat tavoitteet ja mitkä ovat saavutetut tulokset. Kirjaamisen tulee olla olosuhteiden kannalta selkeää ja johdonmukaista. Hyvä kirjaaminen pyrkii auttamaan lukijaa havainnoimaan hoidon etenemisen kannalta tärkeitä asioita. Virheetön kirjaaminen edellyttää alkuperäisten lähdetietojen mainitsemista, onko tieto esimerkiksi peräisin potilaalta tai omaisilta. Hyvä hoitotyön kirjaaminen sisältää perustelut hoitotyössä tehdyistä päätöksistä ja se on enemmän arvioivaa kuin toteavaa. (Hallila 1998, 18; Lauri, Lehti, Heinonen, & Mäki-Kerttula 1993, 28.)

Hyvässä dokumentoinnissa vain tarpeellinen kirjataan, huomioidaan salassapitovelvollisuus ja potilaan yksilöllisyys, tuodaan esille hoitajien päätökset perusteluineen, käytetään vain selkeitä ilmaisuja ja kirjatun loppuun merkitään aina kirjaajan ammattinimeke ja koko oma nimi. Laadukas dokumentointi noudattaa hoitotyön kirjaamiselle asetettuja lakeja, joita ovat muun muassa henkilötietolaki, henkilörekisterilaki, potilasvahinkolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, laki yleisten asiakirjain julkisuudesta, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. (Aalto 1998, 39; STM 2001, 3.)

Hyvässä kirjaamisessa otetaan huomioon potilaan tuntemukset ja mielipiteet, potilaan vointia arvioidaan jatkuvasti sekä huomioidaan hänen mahdollisuutensa osallistua hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Hyvä kirjaaminen antaa kokonaiskuvan potilaan hoitotyöstä. (Lehti, Lauri & Salovaara 2000, 1, 25; Ensio & Saranto 2004, 37-38.)

Hyvin kirjatusta potilasasiakirjasta selviää potilaan hoitoon hakeutumisen syy, potilaalle annettu hoito, potilaan vointi hoidon aikana sekä hoidon vaikutukset.

Lisäksi pyritään tuomaan esiin potilaan vointi hoitojakson päätyttyä, potilaan mahdollinen jatkohoitopaikka ja potilaan, omaisten ja hoitajan mielipide hoidon onnistumisesta ja tuloksista. Erityisen tärkeää hyvän dokumentoinnin kannalta on, että asiat kirjataan selkeästi ja ymmärrettävästi. Keskeistä on hoidon arviointi, koska sen avulla nähdään, ovatko suunnitellut ja toteutetut hoitokeinot olleet oikeat. (Saranto, Ensio, Tantt, Sonninen 2007, 80.)

Hoitotyön hyvä kirjaaminen mahdollistaa sen, että hoitohenkilöstöön kuulumatonkin henkilö kykenee saamaan selvän kuvan potilaan hoitoon tulon syystä, hoidon tarpeista, hoidosta hoitojaksolla ja tuloksista sekä mahdollisesta jatkohoidosta. Hyvä hoitotyön kirjaaminen on kirjattu kuvailevalla, vertailevalla, pohdiskelevalla ja arvioivalla tyyllillä. Hyvä kirjaaminen on kohtuullista; asiaa ei ole liikaa eikä liian vähän. (Lauri ym. 1991, 6.)

Kirjaaminen on turva niin potilaalle kuin henkilökunnallekin oikeudellisissa asioissa. Kirjaamisen tulee olla mahdollisimman tarkkaa ja kuvaavaa, että vahinkotilanteiden selvittäminen jälkikäteen on mahdollista. Kirjaamisen avulla voidaan selvittää tapahtumat jälkikäteen potilaan mahdollisesti vaatiessa korvausta. (Aalto 1998, 38; Eriksson, Koivukoski, Riukka 1999, 26.)

## **2.2 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää 3 §:ssä potilaalla olevan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun terveyden- ja sairaanhoidon palveluissa ollessaan. Lain 5 §:n mukaan potilas on oikeutettu saamaan selvityksen terveydentilastaan, hoidoista ja muista merkityksellisistä seikoista, jotka vaikuttavat hoitopäätöksiin. Potilaalla on 6 §:n mukaan oikeus osallistua häntä koskeviin hoitopäätöksiin ja hoidon on tapahduttava aina yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lain 12 §:ssä veloitetaan terveydenhuollon toimintayksiköitä ja ammattihenkilöitä potilasasiakirjojen asianmukaiseen laatimiseen sekä säilyttämiseen. Laki myös velvoittaa 13 §:ssä terveydenhuollon ammattihenkilöitä potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoon. (L785/1992.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) astui voimaan 1.8.2009. (A298/2009.) Myös tätä asetusta sovelletaan potilasasiakirjojen laatimisessa ja niiden säilyttämisessä. Potilasasiakirjaan määritellään asetuksen 2 §:n mukaan kuuluvan potilaskertomus sisältäen potilastiedot tai asiakirjat, potilaan hoitoon ja sen toteuttamiseen liittyvät tiedot ja asiakirjat, muualta saadut tiedot ja asiakirjat sekä lääketieteellisestä kuolemansyytutkimuksesta saadut tiedot. Arkistopalveluun tallennettavat sähköiset potilasasiakirjat muodostavat asiakirjakokonaisuuden koostuen yksilöidyistä palvelutapahtumista ja palvelukokonaisuustunnuksista. Asetuksen 3 §:n mukaan potilasasiakirjojen laatimiseen käytettävät välineet ja menetelmät tulevat olla asianmukaisia, jotta tiedot pysyvät kokonaisuudessaan eheinä ja käytettävinä niiden säilytyksen ajan.

Asetus määrittää 4 §:ssä potilasasiakirjojen käyttöoikeudet. Potilaan hoitoon ja siihen liittyvien tehtävien suorittamiseen osallistuvat ovat oikeutettuja käsittelemään potilasasiakirjoja rajatusti siinä määrin kuin heidän työtehtävät ja vastuu edellyttävät. Terveystieteiden parissa työskenteleville määritellään yksityiskohtaisesti työtehtävien edellyttämät käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sekä potilastietojärjestelmän eri toimintoihin. Käyttäjät yksilöidään siten, että he ovat tunnistettavissa ja todennettavissa yksiselitteisesti.

Asetuksen 7 § määrittää potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset. Kirjattavan tiedon tulee olla laadukasta ja riittävää turvatakseen hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen. Asetus vaatii selkeää tekstin kieliasua ja lyhenteiden ja käsitteiden oikeaoppista käyttämistä. Potilastietoihin täytyy merkitä tiedon lähde, jos tieto on muualta peräisin kuin ammattihenkilön omista tutkimushavainnoista. Asetuksen 9 §:n mukaan terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisen ammatinharjoittajan on ylläpidettävä aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta jokaisesta potilaastaan.

Asetuksen 11 § määrittää potilaskertomukseen sisältyvät keskeiset palvelutapahtumat ja hoitotiedot. Kertomuksesta täytyy ilmetä seuraavat tiedot: tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys

tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku ja loppulausunto. Hoidon aikana potilasasiakirjasta täytyy ilmetä taudinmäärittelyn lisäksi hoitoratkaisujen perusteet asetuksen 12 §:n mukaisesti. Lisäksi tulee kyetä saada selville ne, jotka hoitoon ovat osallistuneet. Asetuksen 17 §:n mukaan annetusta osasto- tai laitoshoidojaksosta tulee olla laadittuna loppulausunto. Loppulausunnon täytyy sisältää hoidon yhteenveto sekä tarkat ohjeet jatkoseurannan- ja hoidon mahdollistamiseksi. (A298/2009.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) astui voimaan heinäkuussa 2007. Tarkoituksena on lain myötä edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä sähköisessä muodossa. Lain edellytykseksi alettiin kehittää valtakunnallisesti yhtenäistä sähköistä potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmää, joka edistää potilasturvallisuutta, potilaan tiedonsaantimahdollisuutta ja palveluiden tehostumista. Potilastiedot ovat täten saatavilla ympärivuorokautisesti potilasturvallisuutta vaarantamatta. Laki velvoittaa kaikkia yhteiseen valtakunnalliseen arkistojärjestelmään.

Lain astuttua 1.7.2007 voimaan annettiin julkisten terveydenhuoltopalvelujen yhteiseen järjestelmään siirtymiseen aikaa kolme vuotta ja yhdeksän kuukautta. Tietojärjestelmäpalvelu otetaan käyttöön vaiheittain jo ennen takarajaksi asetettua ajankohtaa ennemmin. Myös sosiaalihuollon palvelutarjoajien on noudatettava säännöksiä liittyen asiakastietojensa sähköiseen käsittelyyn samalla aikataululla kun terveydenhuoltopalvelut.

Lain 15 § määrittää, että yksityisten terveydenhuollon palveluntarjoajien on liitettävä tietojärjestelmän käyttäjiksi, jos niiden potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys tapahtuu sähköisesti. Laki määrittää 14 §:ssä ja 16 §:ssä yhteisen tietojärjestelmäpalvelun tekniseksi toteuttajaksi ja ylläpitäjäksi Kansaneläkelaitoksen. Sen tehtävänä on potilasasiakirjojen säilytys, arkistointi, hakemistopalvelu, suostumuksenhallintapalvelu sekä luovuttaminen terveydenhuollon yksiköiden käyttöön. Arkistointipalvelun osana Kansaneläkelaitos ylläpitää myös käyttölokirekisteriä. Myös katseluyhteyksien

mahdollistaminen järjestyy Kansaneläkelaitoksen kautta potilaan halutessa tutustua omiin potilasasiakirjoihinsa. (L159/2007.)

### **2.3 Hoitotyön prosessi**

Hoitotyön prosessi on systemaattinen ajattelumalli ja menetelmä, jonka avulla kuvataan hoitotyötä, ja jonka mukaan sairaanhoitaja suunnittelee ja toteuttaa potilaan hoidon. Hoitotyön prosessiin kuuluu hoitotyön tarpeen määrittäminen, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus sekä arviointi. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 47; Kratz 1985, 31.)

Hoitotyön tarpeen määrittämiseksi kerätään potilaasta tietoja ja analysoidaan niitä. Tietoja kerätään haastatteleamalla potilasta ja omaisia, havainnoimalla sekä tekemällä erilaisia mittauksia potilaasta. Näiden tietojen perusteella määritetään hoitotyön tarpeet eli tunnistetaan ne ongelmat, joihin voidaan hoitotyön avulla vaikuttaa. Kaikkiin potilaan ongelmiin ei välttämättä hoitotyöllä pystytä vaikuttamaan, vaikka ne olisi huomioitu hoidon tarpeita määritettäessä. (Kassara ym. 2006, 47; Kratz 1985, 16.)

Hoidon suunnitteluvaiheessa hoito suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa. Hoitotyön tarpeet priorisoidaan, jotta tiedetään, mitkä tarpeet asetetaan hoidossa etusijalle. Hoidon suunnittelussa asetetaan hoidolle myös tavoitteet hoitotyön ongelmien ratkaisemiseksi tai pienentämiseksi, jos niitä ei pysty kokonaan poistamaan. Tavoitteet antavat suunnan, mihin hoidossa tulisi tähdätä. Tavoitteiden asettamisen jälkeen valitaan hoitotyön auttamismenetelmät, joilla kyseisiin tavoitteisiin voidaan päästä. Kaikki suunnitellut asiat kirjataan myös hoitotyön suunnitelmaan. (Kassara ym. 2006, 48; Kratz 1985, 16.)

Hoitotyön tavoitteiden tulee olla lähtöisin kunkin potilaan tarpeista ja mahdollisuuksista saavuttaa ne. Välitavoitteita asettamalla on helpompi edetä hoidossa kohti päätavoitteita. Ne lisäävät potilaan sitoutumista hoidon tavoitteisiin koettujen onnistumisten ja itseluottamuksen kasvun kautta. Hoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi hoitotyön tavoitteet tulee olla tarpeeksi käytännönläheisiä ja tavoitteellisia. Jos tavoitteet on asetettu liian yleiselle tasolle,



on hoitotyön vaikuttavuudesta vaikea saada tarkkaa käsitystä. (Kyingäs & Hentinen 2009, 217; Rönkkö, Väisänen, Toivanen & Hallila 1998, 106.)

Hoitotyön toteutus on toimintaa, jota sairaanhoitaja yhdessä potilaan kanssa tavoitteidensa mukaan toteuttaa. Sairaanhoitajan vastuulla on hoidon eteneminen tavoitteiden osoittamaan suuntaan. (Kassara ym. 2006, 48.)

Viimeinen ja tärkeä osa hoitotyön prosessia on hoidon arviointi, jossa arvioidaan koko hoitotyön prosessia. Hoitotyön arviointia käsitellään laajemmin seuraavassa kappaleessa.

## **2.4 Hoitotyön arviointi**

Hoitotyön arviointi kuuluu osana hoitotyön prosessiin. Hoitotyön arviointi ei ole itsetarkoitus, vaan sen tarkoituksena on olla potilaan hoitoa kehittävä. Sen avulla saadaan tietoa hoidosta, sen sujuvuudesta, laadukkuudesta ja tuloksista. Hoidon vaikuttavuutta arvioidaan asetettuihin tavoitteisiin peilaten. (Saranto & Ensio 2007, 123; Kassara ym. 2006, 48.)

Hoitotyön arvioinnin mahdollistamiseksi on jokaiselle potilaalle yksilöllisesti asetettava hoidolle tavoitteita hoitotyön prosessin mukaisesti. Ne antavat hoidolle suunnan, mihin tulisi tähdätä. (Kassara ym. 2006, 48; Rönkkö ym. 1998, 105.)

Hoidon tuloksellisuutta ja asetettuja tavoitteita tulee arvioida koko hoidon ajan, päivittäin sekä hoidon lopussa. Näin voidaan jatkuvasti arvioida hoitoa ja sen tehokkuutta. Jatkuvan arvioinnin avulla voidaan miettiä, pitäisikö asetettuja hoitotyön tarpeita, tavoitteita tai suunnitelmaa muuttaa tai tarkentaa jotenkin, tai löytyykö mahdollisesti uusia hoitotyön tarpeita tai ongelmia. Hoidon arvioinnin avulla siis nähdään, ovatko suunnitellut ja toteutetut hoitokeinot olleet oikeat. (Kärkkäinen 2007, 94; Rönkkö ym. 1998, 105, 107; Kassara ym. 2006, 59; Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 97; Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 80.)

Hoitotyön toteutumisen arvioinnissa tulee näkyä yksittäisten hoitomenetelmien vaikutus, potilaan tilan kehittyminen ja voinnin muutokset. Arvioitavina asioina on hoitotyön auttamismenetelmien tai lääketieteellisten hoitokeinojen välitön

vaikutus. Kirjattaessa mitä tahansa potilaaseen vaikuttavaa asiaa tulisi sen yhteydessä aina olla myös arviointia, onko vointi muuttunut paremmaksi, huonommaksi vai pysynyt ennallaan. Esimerkiksi kirjaus ”Potilas voi paremmin” on riittämätön arvio potilaasta, vaan sen yhteyteen tulisi kirjata, mitkä hoitotyön tai lääketieteen auttamismenetelmät ovat vaikuttaneet potilaan voinnin paranemiseen. (Rönkkö & Väisänen 1998, 99; Sonninen & Ikonen 2008, 78.)

Hoitotyön laadukkaassa arvioinnissa kirjataan joka työvuoron päättyessä potilaasta hänen voinnissaan tapahtuneet muutokset, käytetyt hoitokeinot ja hoidon edistyminen. Pitkäaikaispotilaiden kohdalla väliarviointeja olisi hyvä kirjoittaa aika ajoin, varsinkin silloin, kun hoitotyön päivittäinen kirjaaminen on niukkaa. (Hallila 2005, 109.)

Arvioinnista saadaan monipuolista, jos siihen osallistuvat kaikki osapuolet: potilas, hoitaja ja mahdollisesti myös omaiset. Potilaan kokemukset omasta voinnistaan, hoidosta ja käytettävistä auttamismenetelmistä ovat tärkeä osa arviointia, mutta myös omaisten näkemys potilaan tilasta ja hänen saamastaan hoidosta tulisi huomioida. (Kassara ym. 2006, 48; Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 207; Rönkkö & Väisänen 1998, 98.)

Rakenteiseen hoitotyön tietoon voidaan myös liittää erilaisia arviointimittareita, jolloin voidaan mitata hoitotyön laatua tai vaikuttavuutta. Näin kirjaamisesta saadut tilastot ovat tehneet hoitotyön sisältöä ja tuloksia näkyvämmiksi. (Hoffren & Hassinen 2008, 17; Tanttu & Rusi 2007, 116.)

Vaikka hoitotyön arviointia tehdään päivittäin, tulisi myös hoidon loputtua koostaa hoitajaksosta ja väliarvioinneista hoitotyön loppuarviointi. Se on kirjallinen tiivistelmä hoidosta, josta tulisi ilmetä pääpiirteissään hoidon kulku ja potilaan nykyinen vointi. Tämä takaa hoidon jatkuvuuden potilaan mahdollisesti siirtyessä jatkohoitopaikkaan ja toimii tarvittaessa myös oikeusasiakirjana. (Kassara ym. 2006, 59.)

## 2.5 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisen kirjaamisen yhtenäinen, systemaattinen, kansallinen malli on kehitetty ”Valtakunnallisen hoitotyön sähköinen dokumentointi” -hankkeessa eli HoiDok-hankkeessa, joka käynnistyi vuonna 2005. Hanke sai alkunsa sosiaali- ja terveysministeriön edellytyksen vuoksi, jonka mukaan kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on vuoden 2007 loppuun mennessä otettava käyttöön yhtenäiset hoitotyön ydintietomäärittelyksiin perustuvat tietorakenteet. Uuden käytännön tarkoituksena on, että ydintiedoista näkyy kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta, ja siihen liittyvästä hoidosta sekä ohjauksesta. Tarkoituksena on myös, että tämä keskeinen tieto potilaasta kirjataan järjestelmään yhdenmukaisella tavalla. (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008, 5, 7.)

Uuden rakenteisen kirjaamisen mallin lähtökohtana olivat valtakunnallisesti määritetyt hoitotyön ydintiedot, jotka kuvaavat hoitotyön keskeisiä sisältöjä. Ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Tanttu 2008, 16.)

HoiDok-hankkeen tärkeimpänä tavoitteena oli luoda Suomeen kansallinen, yhtenäinen hoitotyön kirjaamisen malli, jota voitaisiin käyttää ympäri maan. Hoitotyön ydintiedot ovat määriteltä jo aiemmin kansallisella tasolla, joten ne toimivat ohjaavana tekijänä uuden mallin luomiselle Suomessa. Uusi kirjaamismalli perustuu siis ydintiedoille sekä uudelle rakenteisen kirjaamisen pohjalle, Finnish Care Classification- eli FinCC-luokitukselle. (Tanttu 2008, 16; Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008, 29.)

FinCC-luokituskokonaisuus perustuu hoitotyön prosessiin ja sisältää kaksi hierarkkista luokitusta, hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0) ja hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0), sekä hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTuL), jolla arvioidaan hoidon tulosta hoidon tarpeeseen nähden kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, tulos parantunut tai tulos heikentynyt. (Liljamo,

Kaakinen & Ensio 2008, 3; Tanttu 2008, 16; Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008, 32.)

Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitukset muodostuvat pääotsikoista eli komponenteista, jotka jakaantuvat vielä pää- ja alaluokkiin. Komponentit kuvaavat kirjattavaa laajempaa asiakokonaisuutta, joita ovat esimerkiksi aktiviteetti, erittäminen, nesteytys, terveystyöskentely, lääkehoito, ravitus sekä jatkohoito. Komponentit siis toimivat eräänlaisina otsakkeina kirjattaville asiakokonaisuuksille. Pää- ja alaluokkien avulla voidaan kirjattavaa tietoa vielä tarkentaa. Vapaan tekstin kirjaaminen tehdään pää- ja alaluokkien jälkeen. (Tanttu 2008, 16; Tanttu & Rusi 2007, 114-115; Tanttu & Ikonen 2007, 115.)

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - eli HoiData-hankkeen (2007-2009) tarkoituksena oli puolestaan alkaa juurruttaa HoiDok-hankkeessa kehitettyä kirjaamismallia käytäntöön ja esittää sitä standardoitavaksi. (Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke 2009, 4.)

Uusi rakenteisen kirjaamisen malli parantaa sekä kirjaamisen että hoidon laatua. Se tekee kirjaamisesta kokonaisvaltaisempaa ja asiakaslähtöisempää, sillä hoitaja pystyy hahmottamaan asiakkaan hoidon kokonaisuuden selkeämmin hoitotyön prosessin ollessa tiiviisti mukana kirjaamismallissa. Tarkan ja ytimekkään kirjaamisen mallin mukaan kirjaaminen sisältää vain olennaiset tiedot potilaan hoidon kannalta. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa paremmin myös erilaisten tietokokonaisuuksien kokoamisen esimerkiksi läheteisiin, tiivistelmiin tai hoidon yhteenvetoon. Rakenteiseen hoitotyön tietoon voidaan myös liittää erilaisia arviointimittareita, jolloin voidaan mitata hoitotyön laatua tai vaikuttavuutta. Nämä arviointimittarit tekevät hoitotyön sisällöstä ja tuloksista näkyvämpää. (Hoffren & Hassinen 2008, 17; Tanttu & Rusi 2007, 116.)

### 3 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

Juurruttamisen teorian tietoa haettiin Nelli-portaalista hakusanalla ”juurruttaminen” sekä Medic-tietokannasta hakusanoilla ”juurrutta\*” ja ”näyttöön perustuva” AND ”hoitotyö”.

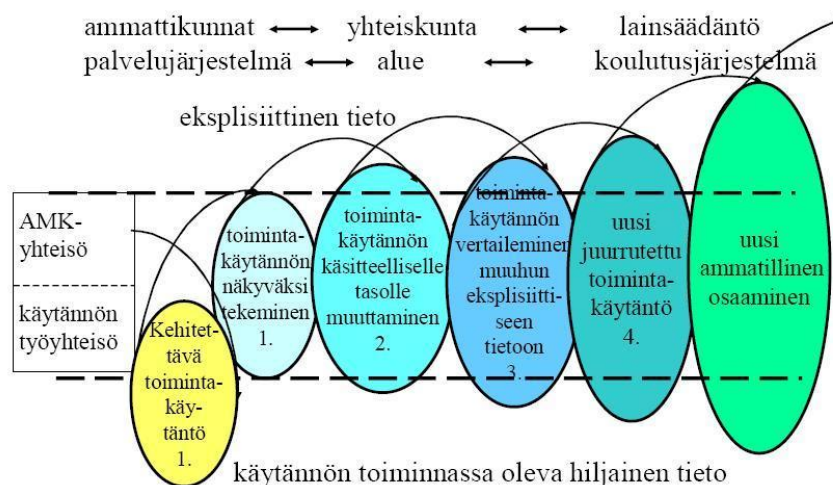
#### 3.1 Juurruttaminen ja muutosjohtaminen

Juurruttaminen tarkoittaa vaiheittain etenevää oppimisprosessia, jossa uusi toimintamalli sisäistetään käytäntöön yhteisön sisällä sekä yksilötasolla. Terveysala ja ammattikorkeakoulut ovat yhteistyössä valinneet menetelmäkseen juurruttamisen toteuttaessaan eNNI-hankkeeseen kuuluvaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Vaasan ammattikorkeakoulun ja Vaasan keskussairaalan E5-osaston kirjaamisen kehittämissyhteistyön menetelmänä käytetään juurruttamista. Juurruttaminen on vuorovaikutteisuutta ja yhteistyötä vaativa menetelmä, jonka vaiheittainen eteneminen hankkeessa tulee muuttamaan kirjaamiskäytäntöä hoitotyössä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4; Sarajärvi 2009, 10.)

Kirjaamisen kehittämishankkeessa juurruttamisen tarkoitus on yhdistää hiljainen tieto ja teoreettinen tieto käytännön toiminnaksi, joka näkyy uudenaikaisena ajatteluna ja toimintana hoitotyössä. Hiljainen tieto on henkilösidonnaista, subjektiivista, intuitiivista, kokemuseräistä tietoa, jota voi olla vaikea puuke sanoiksi. Teoreettinen tieto on objektiivista, näkyvää, tutkittua ja kirjoitettua tietoa. (Ahonen ym. 2005, 4; Kivisaari 2001, 18.)

Juurruttaminen voidaan jakaa neljään eri kierrokseen prosessinomaisesti. (Kuva 1.) Ensimmäisellä kierroksella kehittämistoimintaan osallistuvat hoitajat kuvaavat osastonsa hoitotyön nykyistä toimintaa ja hiljaista tietoa toinen toisilleen ajatuksia selventäen. Näin osaston toimintakäytäntöä tehdään näkyvämmäksi. Toisella kierroksella jäsennetään hoitotyön käytännön toiminta teoreettiselle tasolle eli hiljainen tieto tuodaan teoreettiseksi tiedoksi ja käsitteiksi, joita on helpompi tarkastella ja arvioida työyhteisön kesken. Kolmannen kierroksen tarkoituksena on vertailla teoreettiseksi tiedoksi tuotua hiljaista tietoa ja aiempaa tutkittua tietoa,

jotta voidaan kehittää uusi toimintamalli perustuen vanhaan hiljaiseen tietoon ja tutkittuun teoreettiseen tietoon. Neljännellä kierroksella valmis toimintamalli muokataan käytännön työhön sopivaksi ja juurrutetaan käytännön hoitotyöhön. (Ahonen ym. 2005, 5-6.)



**Kuva 1** Tiedon käsittelyn kierrokset (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 28; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

Organisaation hyvin toimiva johtajuus on edellytyksenä innovaation juurruttamiselle. Muutoksen syntyminen, käyttöönotto ja juurruttaminen ei ole mahdollista ilman osaavaa johtajaa. Johtaja tai esimies voi toiminnallaan vaikuttaa monin eri tavoin työyhteisöön ja juurruttamisprosessiin. Hyvä johtaja kykenee vaikuttamaan työyhteisöön positiivisesti ja motivoivasti muutostilanteessa. Muutos edellyttää työyhteisön informoimista, koska prosessin tavoitteiden ja päämäärien ymmärtäminen ja sisäistäminen vaikuttavat työyhteisön motivaatioon. Hyvä johtaja järjestää riittävästi tiedotustilaisuuksia liittyen muutokseen ja ottaa vastuun siitä, että tiedottaminen on selkeää, avointa ja ymmärrettävää. Hyvä johtaja osaa edistää työyhteisön yhteisöllisyyttä, jolloin muutosprosessin eteneminen mahdollistuu sujuvammin. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14-16.)

Johtajan tulisi toimia mallina työyhteisön jäsenille. Hyvä johtaja kestää paineita ja vaikeuksia. Johtajan tulee nähdä työyhteisön tarpeet ja ongelmat sekä osata ”lukea” työyhteisön tilannetta. Hyvä johtaja mahdollistaa erilaisten tilaisuuksien avulla sen, että työntekijät voivat käsitellä ja keskustella muutoksesta syntyneistä tunteista ja ajatuksista. Lisäksi hyvin toimiva johtaja antaa aikaa muutokselle sekä järjestää erilaisia koulutuksia muutokseen liittyen. (Ora-Hyytiäinen 2006, 16-17.)

### **3.2 Strukturoitu kysely kartoituksen menetelmänä**

Aineistonkeruun perusmenetelmään kuuluva kysely voidaan toteuttaa sekä kvalitatiivisissa että kvantitatiivisissa tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä. Kyselytutkimuksen etuina pidetään mahdollisuutta kerätä laajasti tutkimusaineistoa useilta vastaajilta ja monista eri asioista. Mahdollisia ongelmia kyselytutkimuksessa voi ilmetä tulosten tulkinta vaiheessa. Se voidaan toteuttaa joko haastatteluina tai kyselylomakkeiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188-190.)

Kyselylomakkeen avulla tutkija voi kerätä tietoa vastaajilta tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Kyselylomakkeessa voi olla joko avoimia kysymyksiä tai monivalintakysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä esitetään vastaajalle kysymys jättäen sen perään tyhjää tilaa vastausta varten. Monivalintakysymyksissä tutkija esittää valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja rengastaa tai rastittaa oman valintansa mukaisen vastausvaihtoehdon –tai vaihtoehdot. (Hirsjärvi ym. 2007, 192-194.)

Avoimet kysymykset mahdollistavat kyselyyn osallistujan omin sanoin vastaamisen, eivätkä ne ole johdattelevia tai ehdottelevia. Kysymykset mahdollistavat näkemään vastaajan keskeiset ja tärkeänä pitämät ajatukset, motivaation kyselytutkimukseen sekä paljastavat mahdolliset tunteet kysymyksessä käsiteltäviä asioita kohtaan. Avoimien kysymyksien mahdollisina huonoina puolina voidaan pitää vastausaineiston liiallista kirjavuutta, joka voi kyseenalaistaa tutkimuksen luotettavuutta ja sen käsiteltävyyttä. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Monivalintakysymysten puoltajat perustelevat sen paremmuutta sillä, että vastaajien mielipiteitä on helppo vertailla, arvioida ja analysoida. Vastauksista puuttuu avoimille kysymyksille tyypillinen kirjavuus. Monivalintakysymyksiin vastaamista pidetään myös helppona vastata, koska vastaajan täytyy pohtimisen ja muistamisen sijaan ainoastaan tunnistaa käsiteltävä asia. Mahdollisena huonona puolena monivalintakysymyksissä voidaan pitää niiden kahlitsemista valmiisiin vaihtoehtoihin. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

### **3.3 Sisällönanalyysi**

Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida sekä tekstiä, että suullista tuotosta. Sen avulla tehdään havaintoja kirjallisista tuotoksista ja analysoidaan niitä järjestelmällisesti. Sisällönanalyysi mahdollistaa asioiden ja tapahtumien merkitysten, seurauksien ja yhteyksien tarkastelun. Se on kvalitatiivisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää saatu aineisto siten, että asiat ja ilmiöt tuodaan selkeänä esille, jolloin ne ovat lyhyesti ja yleistävästi kuvailtavissa tai niiden väliset suhteet saadaan ymmärrettävästi näkyviin. Merkityksellistä on, että aineistosta eritellään samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Kehitettävien luokkien täytyy olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä, samaan ryhmään luokitellaan samaa tarkoittavat asiat. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21, 23.)

Sisällönanalyysiprosessi voidaan jakaa vaiheisiin, joita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja tulkinta sekä analyysin luotettavuuden arviointi. Pelkistäminen on aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe. Pelkistämällä tarkoitetaan aineistolta saatujen vastausten yksinkertaistamista. Seuraavana vaiheena on aineiston ryhmittely, jossa pelkistetyistä ilmauksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja. Saman merkityksen omaavat ilmaisut luokitellaan omiksi luokikseen ja annetaan niille sisältöä kuvaavat otsikot tutkijan tulkinnan avulla. Kolmantena vaiheena analyysissä on abstrahointi, jonka avulla voidaan samansisältöisistä luokista tehdä yläluokkia. Sisällönanalyysin viimeisenä vaiheena on tärkeää arvioida analyysin luotettavuus. Tutkijan tulee osoittaa ajatuksensa kulku ja yhteys tulosten ja aineiston välillä analyysin edetessä, jotta



lukija kykenee varmistumaan luotettavuudesta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24, 26, 28-29, 36-37.)

## 4 OSASTON E5 ESITTELY

Osasto E5 on akuutti ja kuntouttava neurologian ja keuhkosairauksien vuodeosasto. Osastolla on 25 vuodepaikkaa, joista 16 on varattu neurologisille potilaille ja 9 keuhkopotilaille. Lisäksi neljä vuodepaikkaa sijaitsee akuutissa stroke-valvontahuoneessa. Osastolla työskentelee 25 hoitajaa, joista noin kuusi on kokopäiväisiä perus- ja lähihoitajia ja loput sairaanhoitajia. Lisäksi osaston henkilökuntaan kuuluvat lääkärit, osastonhoitaja, terapeutit (puhe-, ergo-, ja fysioterapeutti), neuropsykologi, kuntoutusohjaajat sekä laitosapulaiset. (Osaston E5 perehdytyskansio.)

Osastolla hoidetaan neurologisia ja keuhkosairauksia. Neurologisia sairauksia ovat aivoverenkiertohäiriöt (AVH), joita ovat mm. aivoveritulppa eli aivoinfarkti, aivoverenvuoto ja tia-kohtaus. Lisäksi osastolla hoidettavia muita neurologisia sairauksia ovat epilepsia, parkinsonin tauti, MS-tauti sekä ALS. Keuhkosairauksia ovat astma, COPD, tuberkuloosi, pneumonia, keuhkosityöpä ja keuhkofibroosi. Potilasmateriaali koostuu pääosin iäkkäistä potilaista, vuonna 2009 keskimääräinen ikä oli 67 vuotta. Potilaiden hoitojaksot vaihtelevat muutamista päivistä useisiin viikkoihin, koska osastolla on sekä akuuttia että kuntouttavaa hoitoa. Potilasmäärät ovat suuria; osasto on pääsääntöisesti useimmiten täynnä. (Osaston E5 perehdytyskansio; osaston E5 osastonhoitaja.)

Osastolla työskennellään neljässä eri moduulissa. Aamuvuorossa työskentelee osastonhoitajan lisäksi yhdeksän hoitajaa ja iltavuorossa hoitajia on viisi. Jokaisessa vuorossa yksi hoitaja työskentelee stroke-valvonnassa. Yövuorossa on kolme hoitajaa. Jokaisen työvuoron lopussa pidetään suullinen raportti. Lisäksi käytössä on apulista, jota päivitetään joka vuoron lopussa. Apulistalta löytyy kaikki potilaan hoidossa tarvittavat olennaisimmat tiedot. Osastolla on seitsemän tietokonetta sekä kolme liikuteltavaa tietokonetta. Osaston vastaanottaessa uusia potilaita käytäntönä on tehdä tulohaastattelu sisäänkirjaamisvaiheessa, johon apuna voidaan käyttää valmista tulohaastattelulomaketta. (Osaston E5 perehdytyskansio.)

Osastolla tehtäviä toimenpiteitä ja tutkimuksia ovat radiologiset tutkimukset, kliinisen neurofysiologian ja kliinisen fysiologian tutkimukset. Yleisimpiä toimenpiteitä ovat esimerkiksi lumbaalipunktio, pleurapunktio, pleuradreenin ja peurodeesin laitto, likvordreenin hoito, lihasbiopsia ja keuhkobiopsia. (Osaston E5 perehdytyskansio.)

## 5 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS

Vaasan keskussairaala ja Vaasan ammattikorkeakoulu aloittivat yhteistyön syksyllä 2009 eNNI-hankkeen puitteissa. Vaasan keskussairaalaan kirjaamisen kehittämishankkeeseen tuli mukaan osasto E5. Opinnäytetyön aloitusseminaarit pidettiin lokakuussa 2009, jolloin opiskelijat saivat informaatiota käynnistyneestä hankkeesta osasto E5:n kanssa. Hankkeeseen tarvittiin opiskelijajäseniä raportoimaan hanketta ja kuvaamaan osaston nykytilanne kirjaamisen suhteen. Tässä vaiheessa opiskelijajäsenet tulivat mukaan projektiin. eNNI-syysseminaari pidettiin Tikkurilan Laureassa 9.12.2009. Vaasassa osallistuttiin seminaariin videoneuvottelun välityksellä. Seminaarissa kerrattiin eNNI-projektin ensimmäisen vuoden satoa ja käytiin läpi toisen osahankkeen tavoitteita.

Tammikuun alussa 2010 pidettiin ensimmäinen aluetyöryhmän kokous, johon osallistuivat Vaasan ammattikorkeakoulusta opiskelijajäsenet sekä eNNI-hankkeessa mukana olevat opettajat, osastolta E5 eNNI-vastuuhenkilöt ja Vaasan keskussairaalan sekä Vaasan ammattikorkeakoulun informaatikot. Kokouksessa työryhmän jäsenet tapasivat ensimmäistä kertaa toisensa. Läpi käytiin alueellisen kehittämissuunnitelman aikataulua ja sovittiin tulevat yhteiset kokous- ja koulutuspäivämäärät. Kokouksessa opiskelijajäsenet esittelivät opinnäytetyönsä sisältöä ja sen valmistumisaikataulua.

Tammikuun aikana opiskelijajäsenet perehtyivät opinnäytetyöhön liittyvään teorial tietoon ja tutkimussuunnitelma valmistui. Tammikuun lopulla pidetyllä osastotunnilla informoitiin työyhteisöä hankkeesta sekä esiteltiin opinnäytetyötä ja sen aikataulua. Tarvittaviin lupa-anomuksiin saatiin hyväksyttävä vastaus tammikuun lopulla.

Uuden innovaation käyttöönotto edellyttää teoreettista tietoa kyseisestä aiheesta, jotta uuden käytännön omaksuminen ja käyttöönotto mahdollistuu. eNNI-hankkeeseen kuuluu hoitohenkilökunnalle järjestettävät koulutukset rakenteisesta kirjaamisesta ja tiedonhausta. Vaasassa ensimmäinen kirjaamiskoulutus pidettiin helmikuussa, jossa kerrattiin mistä eNNI-hankkeesta on kyse, käytiin läpi rakenteista kirjaamista, hoitotyön prosessia sekä FinCC-luokitusta. Koulutuksessa

käytiin pääasiassa yleistä, rakenteiseen kirjaamiseen liittyvää asiaa läpi. Maaliskuussa pidettiin toinen kirjaamiskoulutus, jossa päästiin käytännössä harjoittelemaan paperiversiona rakenteista kirjaamista. Kolmannessa koulutuksessa huhtikuun lopulla harjoiteltiin tieteellisen tiedon hakua eri tietokannoista kirjastoinformaattikoiden avulla.

## **5.1 Kirjaamisen nykytilanteen kartoittaminen**

Kirjaamisen nykytilanteen kartoitus toteutettiin ennen osaston kirjaamiskoulutuksia, jotta koulutuksissa saadut tiedot eivät vaikuta kyselyn vastauksiin. Kirjaamisen nykytilanteen kartoitus tehtiin strukturoituja ja avoimia kysymyksiä sisältävän kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen kysymysten sisältö saatiin eNNI -hankkeessa valmiiksi määritetystä taulukosta, joka sisälsi kysymyksiä hoitoprosessin eri vaiheista. Kysymyksiä muokattiin valmiista taulukkomallista omaan hankkeeseen sopiviksi. Avoimet kysymykset ovat kirjaamisen kartoituksessa toimiva vaihtoehto, sillä vastaajat voivat ilmaista ajatuksensa vapaammin ja saadaan monipuolisempia vastauksia. Avoimia kysymyksiä muotoiltaessa tuli huomioida, että kysymykset eivät johdattele vastaajaa. Kysymykset oli jaoteltu hoidon prosessin mukaan osa-alueittain. Kyselylomake on nähtävissä liitteessä 2. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Kyselylomakkeet tuli kääntää myös toiselle kotimaiselle kielelle Vaasan keskussairaalan kaksikielisyyden vuoksi. Kyselylomake hyväksytettiin ennen kyselyn toteuttamista osaston E5 osastonhoitajalla sekä opinnäytetyönohjaajalla, joka toimi myös eNNI-hankkeen Länsi-Suomen aluevastaavana. Helmikuun alussa kyselylomakkeet olivat osastolla täytettävänä. Helmikuun lopussa opiskelijat aloittivat kyselylomakkeiden analysoinnin, joka jatkui maaliskuulle.

## **5.2 Kyselylomakkeen analysointi**

Kyselylomake koostui taustamuuttuja-osioista sekä osaston kirjaamiseen liittyvistä kysymyksistä. Taustamuuttuja-osion käsittely suoritettiin taulukoimalla Excel- ja Word-ohjelmien avulla. Taustamuuttujista laskettiin keskiarvoja ja prosenttiosuuksia sekä selvitettiin luokkien suurimpia ja pienimpiä arvoja.

Kirjaamiseen liittyviä vastauksia analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Analysointi toteutettiin käymällä kysymykset yksitellen läpi. Vastaukset pelkistettiin aluksi selkeisiin termeihin, jotta niitä olisi helpompi käsitellä. Tämän jälkeen samaa tarkoittavia termejä lähdettiin kategorioimaan luokkiin, joille annettiin yhteinen otsikko. Näistä muodostui alakategorioita, joita yhdistettiin mahdollisuuksien mukaan vielä isommiksi yläkategorioiksi. Sisällönanalyysin luokituskategorioista tehtiin kaaviokuvat, joita esiintyy aineiston tulosten lomassa. Lisäksi kunkin yksittäisen vastauksen esiintymislukumäärä on näkyvissä kaaviossa jokaisen vastauksen perässä sulkuihin merkittynä. Kyselyn tulokset koottiin tiivistäen taulukoksi, joka on nähtävissä liiteosiossa (LIITE 1).

### **5.2.1 Taustamuuttujat**

Kysely toteutettiin Vaasan keskussairaalan neurologian ja keuhkotautien osastolla E5. Kyselyn vastaajaryhmä koostui osaston 27 hoitohenkilökunnan jäsenestä. Näistä kyselyyn vastasi 56 %. Kaikki vastaajat olivat sairaanhoitajia. Vastaajien keski-ikä oli 36 vuotta ja ikähaarukka oli 24 - 56 vuotta. Puolet työntekijöistä olivat työskennelleet osastolla melko kauan (7 - 11 vuotta) ja loput melko vähän aikaa (2 kk - 4 vuotta). Yleinen työkokemus hoitoalalta oli 9 hoitajalla 10 - 25 vuotta ja neljä hoitajaa oli työskennellyt 7 kuukaudesta 2 ½ vuoteen.

Hoitajien ajankäyttö tietokoneella vapaa-aikana vaihteli suuresti: 1½ tunnista 20 tuntiin viikossa. Iällä ei ollut merkitystä tietokoneen käyttöaikaan. Hoitajat arvioivat tietokoneen ATK-taitojaan kouluasteikolla, keskiarvoksi tuli noin 8.

Kysyttäessä hoitajien tuntemusta eri tietokannoista, saatiin seuraavia tuloksia. Duodecim - Lääketieteen aikakauskirja, Terveysportti ja MOT sanakirjasto olivat käytetyimmät tietokannat hoitajien keskuudessa. Myös VKS:n kirjaston aineistotietokanta oli kaikille tuttu ja osalla ollut käytössä. Tuntemattomampia tietokantoja olivat MD Consult, Your Journals Ovid ja JBI Connect. (Taulukko 1.)

	Olen kuullut (%)	Olen käyttänyt (%)	En ole kuullut (%)
ARTO		29	71
LINDA	29	29	43
Duodecim - Lääketieteen aikakauskirja	15	71	15
VKS:n kirjaston aineistotietokanta	71	29	
Elektra	15	15	71
Medic	7	36	57
Terveysportti	15	86	
Journals@Ovid - Nursing Collection	29	21	50
Cochrane-kirjasto	15	7	79
Cinahl	15	15	71
MD Consult	7		93
Medline	29	36	43
Your Journals Ovid		7	93
MOT sanakirjasto	21	71	7
A-Z –kokoteksti lehtilista	11	11	78
Pubmed	11	44	44
JBI Connect	11		89

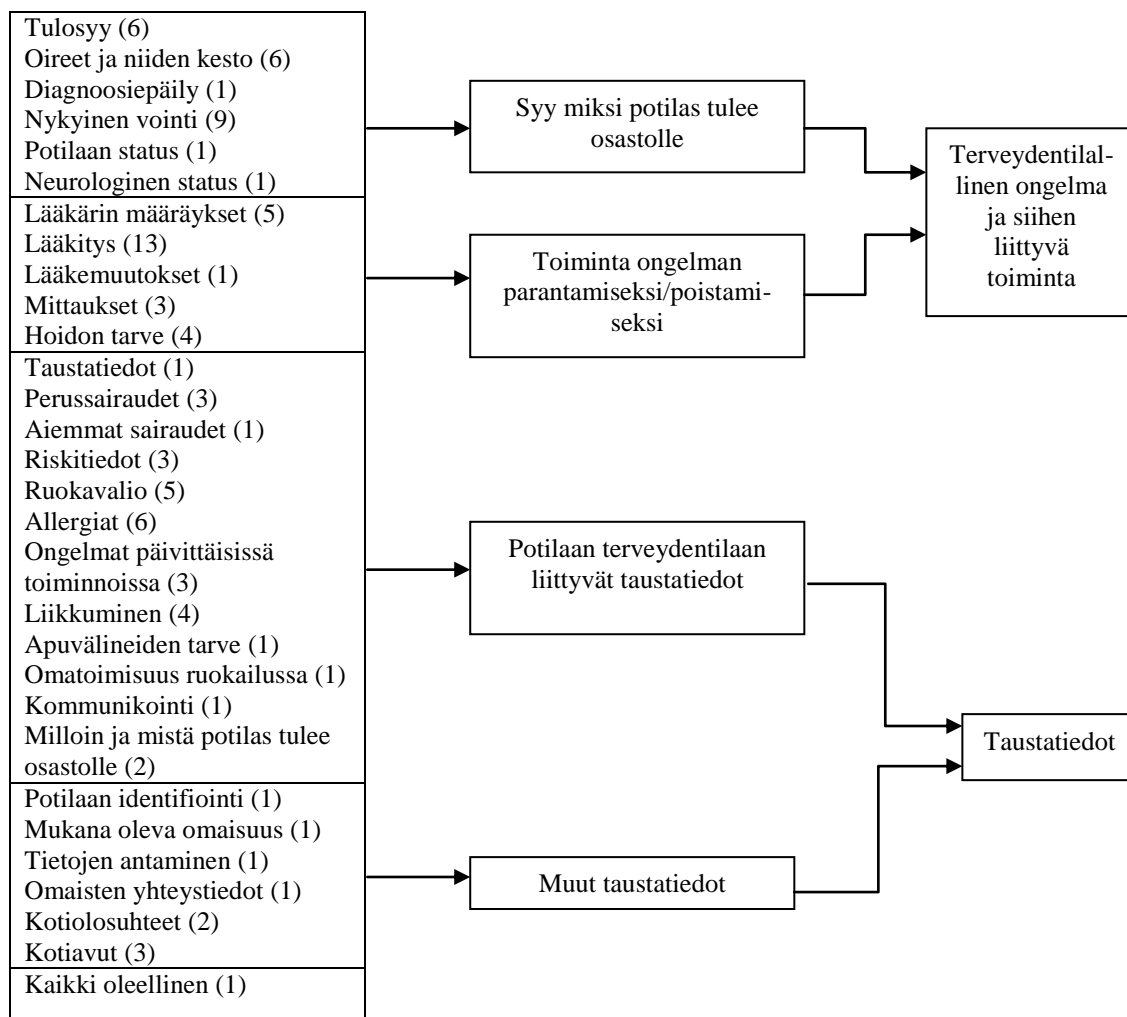
Taulukko 1 Tietokantojen tunnettavuus prosentteina

### 5.2.2 Tulotilanne

Kysymyksessä 10 kartoitettiin, mitä hoitaja kirjaa potilaan tullessa hoitoon. Vastauksista selvisi, että hoitaja kirjaa Esko-potilastietojärjestelmään potilaan tulosyyn osastolle sekä siihen liittyviä tietoja. Kirjaamisessa mainitaan potilaan nykyinen vointi, oireet ja niiden kesto, diagnoosiepäily, potilaasta tehty status ja kyseiselle osastolle tyypillinen neurologinen status. Yksi vastaaja mainitsi vastauksessaan tiedustelewansa potilaalta tämän näkemystä omasta tilastaan. Käytäntönä on myös kirjata sairauden hoidolliset menetelmät, kuten lääkärin määräykset, lääkitys ja sen muutokset, mittaukset sekä hoidon tarve.

Potilastietojärjestelmään kirjataan lisäksi potilaan taustatiedot liittyen potilaan terveydentilaan sekä muut tarvittavat taustatiedot. Terveydentilaan liittyviä kirjattavia taustoja ovat perussairaudet, aiemmat sairaudet, riskitiedot, ruokavalio, allergiat, ongelmat päivittäisissä toiminnoissa, apuvälineiden tarve, liikkuminen,

omatoimisuus ruokailussa ja kommunikointi. Muita tärkeitä hoitotyössä tarvittavia taustatietoja ovat potilaan kotiolosuhteiden selvittäminen, kuten kotiavun tarve, milloin ja mistä potilas tulee osastolle, potilaan identifiointi, kenelle on lupa luovuttaa potilaan tietoja sekä omaisten yhteystiedot. (Kaavio 1.)

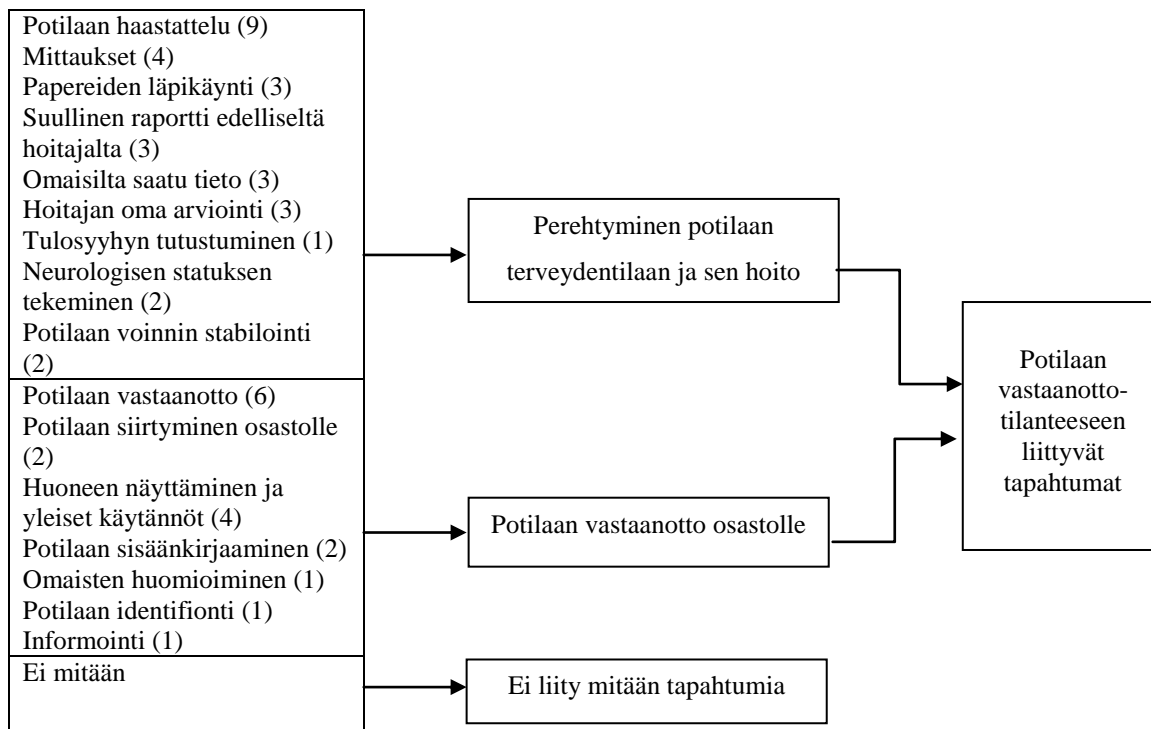


**Kaavio 1 Tiedot, jotka kirjataan potilaan tullessa hoitoon**

Kysymyksessä 11 kysyttiin, mitä tapahtumia tulotilanteeseen liittyy ennen kirjaamista. Kirjaamista ennen hoitaja perehtyy potilaan terveydentilaan ja sen hoitoon. Tärkeinä asioina pidettiin potilaan ja omaisten haastattelua ja perusmittauksia (esim. verenpaine). Potilaan terveydentilaan perehtyäkseen hoitaja käy läpi potilaan papereita ja ottaa vastaan raportin mahdolliselta edelliseltä hoitajalta. Havainnoinnin ja saamiensa tietojen pohjalta hän muodostaa oman käsityksen potilaan kokonaistilanteesta. Ennen kirjaamista potilas

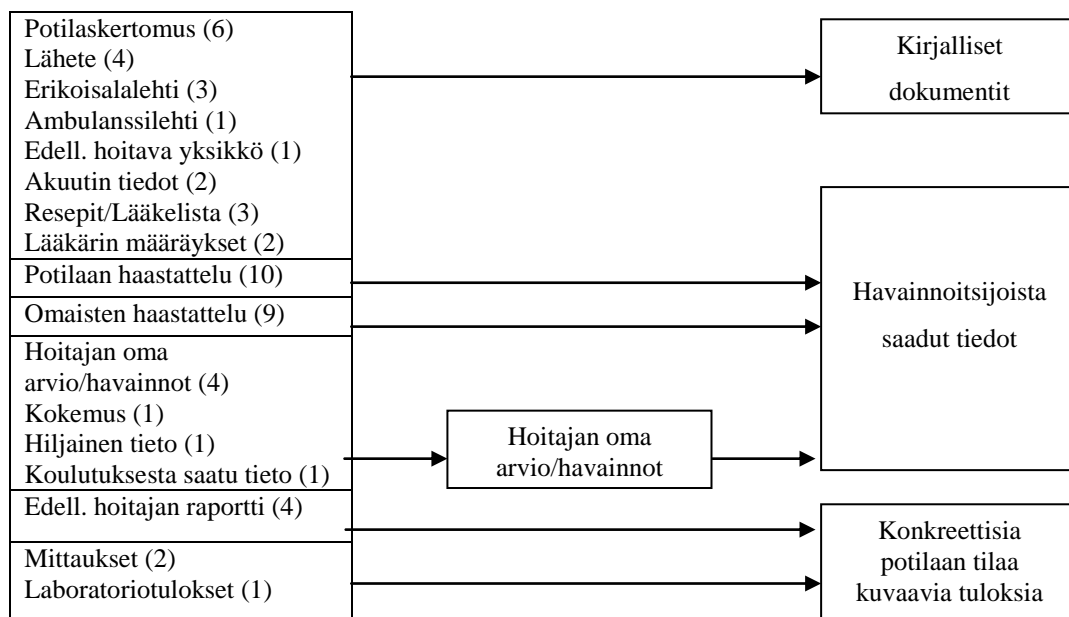


vastaanotetaan osastolle. Hänet ohjataan potilashuoneeseen ja hänelle selvitetään osaston yleiset käytännöt. Yksi vastaajista mainitsi, ettei tulotilanteeseen liity tapahtumia ennen kirjaamista. (Kaavio 2.)



**Kaavio 2 Tapahtumat ennen tulotilanteen kirjaamista**

Kysymyksessä 12 haettiin vastauksia siihen, mistä lähteestä kirjattavat tiedot ovat peräisin. Kirjattavat tiedot perustuvat kirjallisiin dokumentteihin, havainnoitsijoilta saatuihin tietoihin sekä potilaan tilaa koskeviin tuloksiin. Kirjalliset dokumentit ovat peräisin potilaskertomuksesta, hoitosuunnitelmasta, erikoisalalehdestä, läheteestä, ambulanssilehdeltä, edelliseltä hoitavalta yksiköltä, akuutista saaduilta kirjallisilta tiedoilta, resepteistä sekä lääkelistalta. Potilaan tilan havainnoitsijoita ovat potilas itse, omaiset sekä häntä hoitaneet hoitajat. Haastattelemalla eri havainnoitsijoita hoitaja kerää tietoa, jota hän hyödyntää kirjaamisessa. Hoitajan oma arviointi ja havainnointikyky perustuvat hänen työkokemuksensa ja sen tuomaan ”hiljaiseen tietoon” sekä koulutuksista saatuun informaatioon. Potilaan tilaa kuvaavia tuloksia hoitaja saa erilaisista mittauksista sekä laboratoriotuloksista, joita hän hyödyntää kirjaamisessa. (Kaavio 3.)



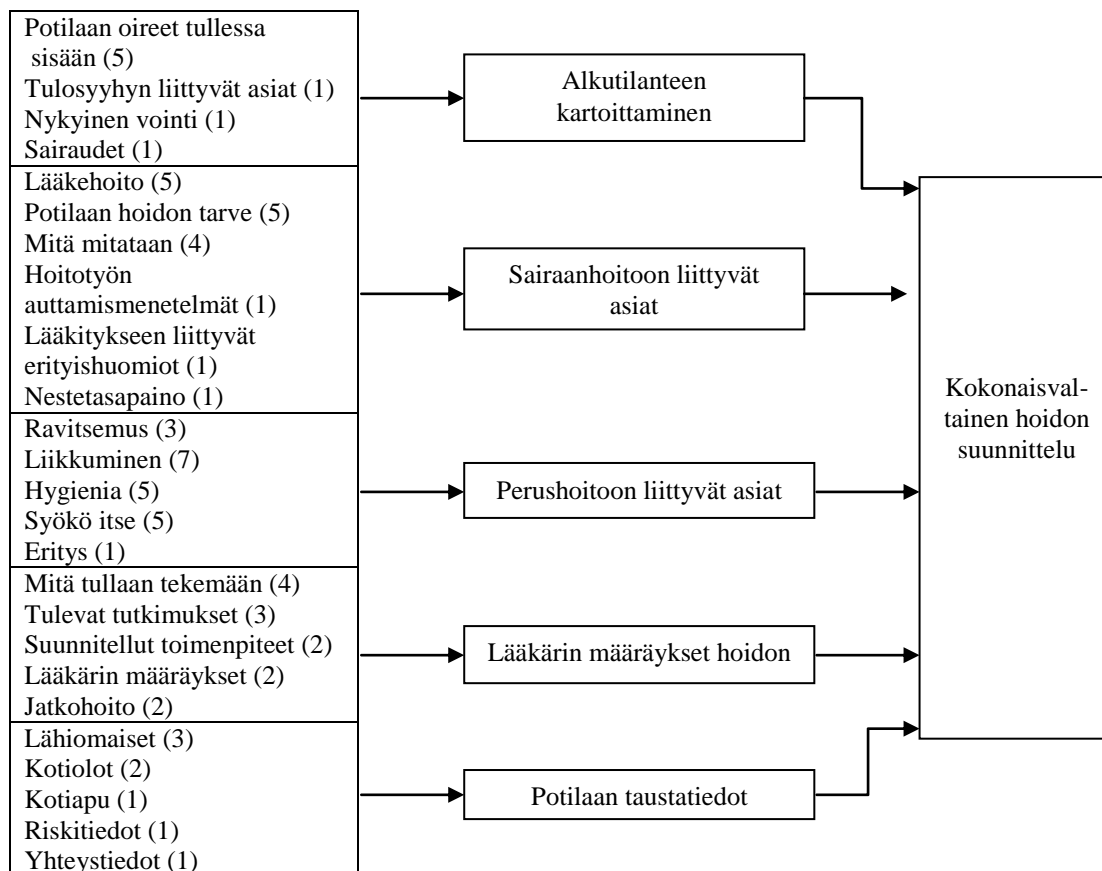
### Kaavio 3 Tulotilanteessa kirjattavien tietojen lähteet

Kysymyksessä 13 kysyttiin, miten lähteistä saatua tietoa hyödynnetään tulotilanteessa. Tulotilanteessa hoitaja hyödyntää potilaasta saamiaan tietoja hoitosuunnitelmaa tehdessään; tiedot ovat myös pohja hoidolle. Kyselyn vastauksista kävi ilmi, että tietoja hyödynnetään myös hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi työvuoron vaihtuessa. Saamien tietojen pohjalta potilaalta osataan tehdä tarkentavia kysymyksiä liittyen hänen hoitoonsa. Tietoja hyödyntää myös lääkäri diagnoosia selvittäessään.

Kysymyksessä 14 kartoitettiin tiedon kirjaamisen paikkoja. Tulotilanteen tietoja kirjataan sähköiseen *Esko*-potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmaan. Vastauksissa eriteltiin tarkemmin *Eskon* osa-alueita, kuten lääkehoito, fysiologiset mittaukset, riskitiedot ja taustatiedot. Osastolla käytetään myös paperilla olevaa apulistaa, jossa on mainittuna potilaan hoidon kannalta tärkeimmät tiedot. Oberon-ohjelman avulla potilas kirjataan sisään osastolle ja siirretään tiettyyn huoneeseen. Potilaan ruokatilaus tehdään Glink-ohjelman kautta, jonne merkitään myös potilaan ruokavaliotiedot.

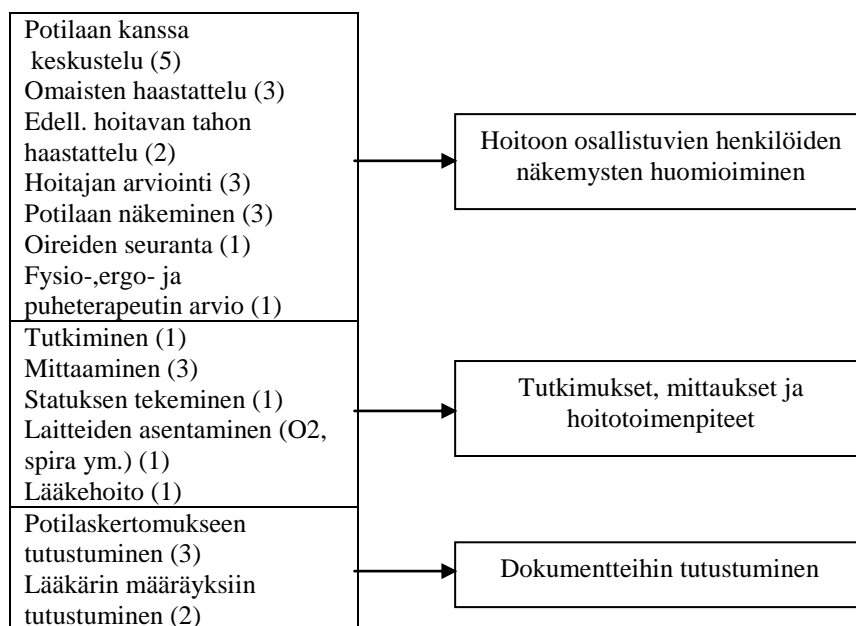
### 5.2.3 Hoidon suunnittelu

Kysymyksessä 15 haettiin selvitystä sille, mitä kirjataan hoidon suunnitteluvaiheessa. Hoidon suunnittelun pohjaksi kartoitetaan potilaan yleistila ja kivut, erityisesti kiinnitetään huomiota potilaan tulotilanteessa ilmeneviin oireisiin. Hoidon suunnitteluvaiheessa kirjataan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitelma. Siihen kuuluvat perushoidolliset, sairaudenhoidolliset ja lääkärinmääräyksiin liittyvät asiat. Suunniteltu perushoito käsittää ravitsemuksen (esim. syökö itse), hygienian, liikkumisen ja erittämisen. Sairaudenhoidollisia suunniteltavia asioita ovat lääkehoito, siihen liittyvät erityishuomiot, nestehoito, hoidon tarve, siihen liittyvät auttamismenetelmät sekä potilaalle tehtävät mittaukset. Lääkärin määräyksiin sisältyvät hoidon suunnitelma eli mitä tullaan tekemään, suunnitellut toimenpiteet sekä jatkohoidon päättäminen. Muutamassa vastauksessa ilmeni, että hoidon suunnitteluvaiheessa otetaan huomioon myös potilaan taustatiedot, kuten kotiolot, kotiapu, lähiomaiset, yhteystiedot ja riskitiedot. (Kaavio 4.)



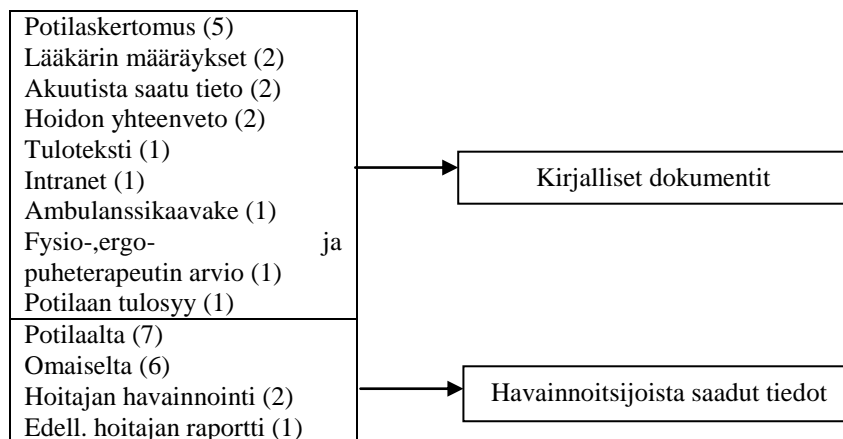
**Kaavio 4 Hoidon suunnittelussa kirjattavat tiedot**

Kysymyksessä 16 kysyttiin, edellyttääkö hoidon suunnittelu toimintaa ennen kirjaamista, ja jos edellyttää, niin mitä toimintaa. Vastauksissa ilmeni, että ennen hoidon suunnittelun kirjaamista hoitajalta edellytetään tiettyjä toimia. Hoitaja huomioi hoitoon osallistuvien henkilöiden näkemykset. Suurin osa vastaajista keskustelee potilaan kanssa ennen hoidon suunnittelua. Hoitaja ottaa huomioon myös omaisten näkemykset, edellisen hoitajan raportin sekä moniammatillisen työryhmän (fysio-, puhe- ja ergoterapeutit) arviot. Hoitaja toteuttaa hoidon suunnittelua havainnoimalla potilasta ja seuraamalla oireita. Hän tekee myös tiettyjä tutkimuksia, mittauksia ja hoitotoimenpiteitä. Vastauksissa tärkeimpänä pidettiin etenkin suoritettavia mittauksia. Lisäksi mainittiin potilaan tutkiminen ja statuksen tekeminen. Hoitaja tutustuu myös potilaskertomukseen ja lääkärin määräyksiin ennen hoidon suunnittelun kirjaamista. (Kaavio 5.)



**Kaavio 5 Toiminta ennen hoidon suunnittelun kirjaamista**

Kysymyksessä 17 haettiin selvitystä sille, mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin hoidon suunnitteluvaiheessa. Hoidon suunnitteluvaiheessa hoitaja saa tietoa kirjallisista dokumenteista ja havainnoitsijoilta saaduista tiedoista. Kirjallisia dokumentteja ovat potilaskertomus (erityisesti potilaan tuloteksti), lääkärinmääräykset, ambulanssikaavake, hoitotyön yhteenveto, moniammatillisen työryhmän kirjaama arvio, edellisen hoitajan raportti sekä Intranet. Hoitoon osallistuvien henkilöiden havainnoista saatuja tietoja ovat potilaan oma mielipide, omaisten näkemys, hoitajan oma arvio sekä edellisen hoitajan suullinen raportti. Kaksi vastaajista jätti vastaamatta ja kahdelle vastaajalle kysymys oli epäselvä. (Kaavio 6.)



**Kaavio 6 Kirjattavan tiedon lähteet hoidon suunnittelussa**

Kysymyksen 18 avulla selvitettiin, minne ja moneenko paikkaan hoidon suunnittelu kirjataan. Suurin osa hoidon suunnittelun kirjauksesta dokumentoidaan hoitosuunnitelmaan ja sen eri osa-alueisiin, kuten mittauksiin, lääkehoitoon ja riskitietoihin. Hoitosuunnitelma on jaettu kahteen palkkiin, oikeaan ja vasempaan, joista vasen on tarkoitettu hoidon suunnittelun tiedoille. Nämä tiedot säilyvät näkyvillä joka päivä uusia hoitopäiviä luotaessa. Suunniteltua hoitoa kirjataan lisäksi apulistaan.

Kysymyksessä 19 kysyttiin, miten hoidon suunnittelun tietoa hyödynnetään. Hoidon suunnittelun tietoa hyödynnetään koko hoidon ajan. Sen perusteella tiedetään, miten toimitaan potilaan hoidon suhteen. Muutama vastaajista toi esiin hoidon jatkuvuuden säilymisen. Vastauksista ilmeni, että tietoa hoidon suunnittelusta hyödynnetään hyvin. Yhden vastauksen mukaan suunnittelun tietoa noudattamisen lisäksi myös arvioidaan.

Kysymyksessä 20 kysyttiin hoidon suunnittelun toimivuutta osastolla. Noin 60 % vastaajista oli sitä mieltä, että suunnittelu on toimivaa tai kohtuullisen toimivaa.

*"Jokainen tietää mihin kirjaa, mitä kirjaa ja miksi"*

*"Hyvää apulistat"*

*"Kohtuullisen toimivaa verrattuna muihin E-siiven osastoihin"*

*”Moniammatillista ja perusteellista. Ajatellaan potilasta kokonaisuutena, ei esim. keuhkona”*

*”Pääasiat löytyvät hoitosuunnitelmassa”*

*”Pääasiassa toimii hyvin”*

Toimimattomana hoidon suunnittelua piti 30 % vastaajista. Vastaajista 10 %:lla ei ollut selvää mielipidettä.

*”Ei ehditä/jakseta/viitsitä”*

*”Voisi parantaa”*

*”Välillä unohdetaan suunnittelun kirjaus, ei jatkumoa aina. Suurelta osin toimivaa”*

*”...Kuntoutuksen osalta ei esim. mietitä, että tämän viikon tavoite on, että potilas kävelee vessamatkat rollolla. Aktiivisuus riippuu siitä, ketä on töissä, valitettavasti”*

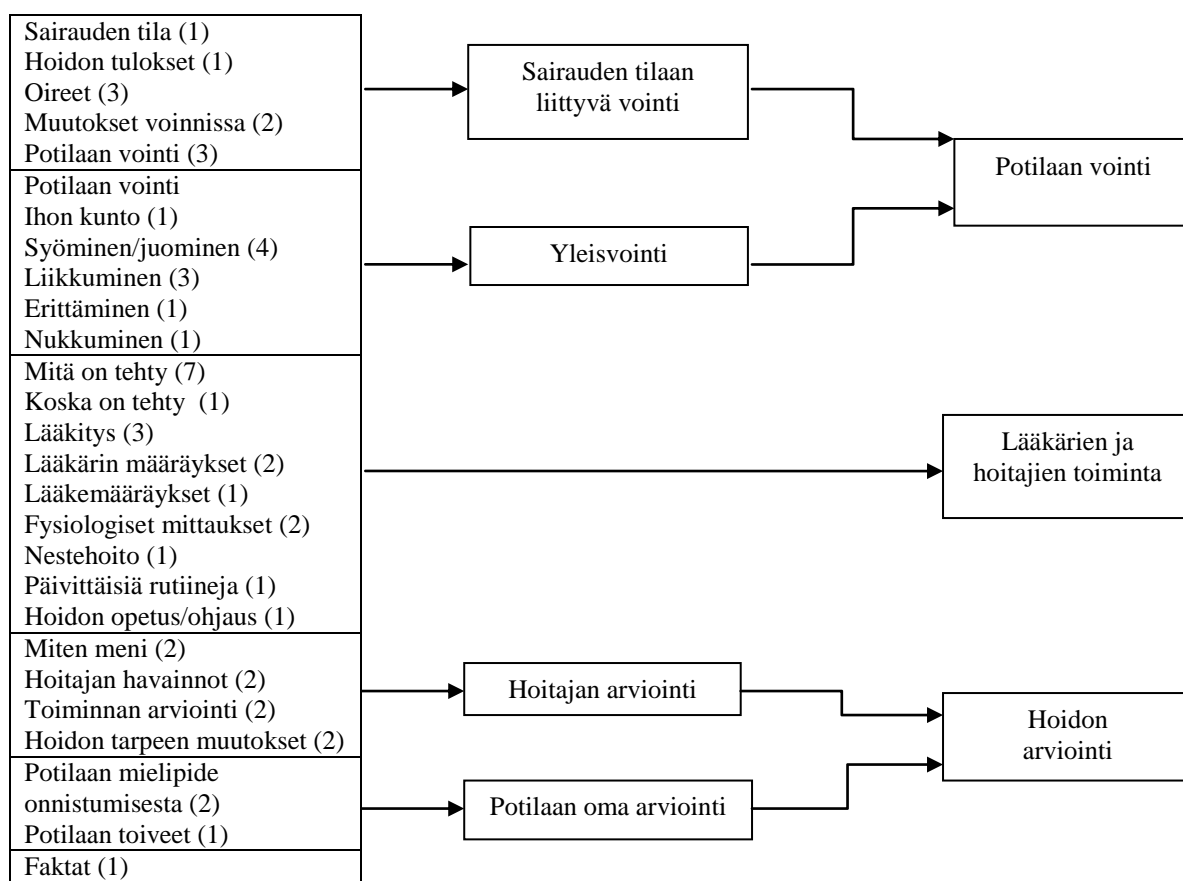
*”...Koska osasto on akuuttiosasto ja potilasvaihtuvuus suuri, os.lääkärin töitä välillä ”vahdittava”, jotta hoito toimisi potilaalle parhaalla mahdollisella tavalla”*

*”Ei, koska niin moni lääkäri määrää ja suunnittelee huonosti”*

#### **5.2.4 Hoidon toteutus**

Kysymyksessä 21 haettiin vastausta kysymykselle, mitä tietoja kirjataan hoidon toteutusvaiheessa. Hoidon toteutusvaiheessa hoitaja kirjaa potilaan vointia sekä sairauden tilan että yleisvoinnin näkökulmasta. Sairauden tilaan liittyvään vointiin hoitaja kirjaa sairaanhoidollisen näkökulman potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä potilaan oireet ja hoidon tulokset. Perushoitoon liittyvään vointiin hoitaja kirjaa potilaan yleisvoinnista, syömisestä, juomisesta, liikkumisesta, erittämisestä, ihon kunnosta ja nukkumisesta.

Lääkärit ja hoitajat kirjaavat lisäksi omaa toimintaansa eli mitä on tehty, koska on tehty sekä muita päivittäisiä rutiineja. Vastaajista moni kertoi kirjaavansa hoitajana tekemiään ja toteuttamiaan asioita. Mainittuja kirjattavia toimintoja ovat nestehoito, fysiologiset mittaukset, lääkitseminen, annettu hoidon opetus/ohjaus sekä lääke- ja lääkärinmääräysten tekeminen ja toteuttaminen. Lisäksi hoitajat kirjaavat hoidon toteutuksessa toiminnan arviointia itsensä sekä potilaan oman näkökulman kannalta. Hoitaja kirjaa omia havaintojaan, miten hoidon toteutus sujui hänen mielestään ja onko hoidon tarve muuttunut. Muutama vastaaja mainitsi kirjaavansa myös, mikä on potilaan oma mielipide hoidon toteutuksen onnistumisesta ja mitkä ovat potilaan mahdolliset toiveet. (Kaavio 7.)

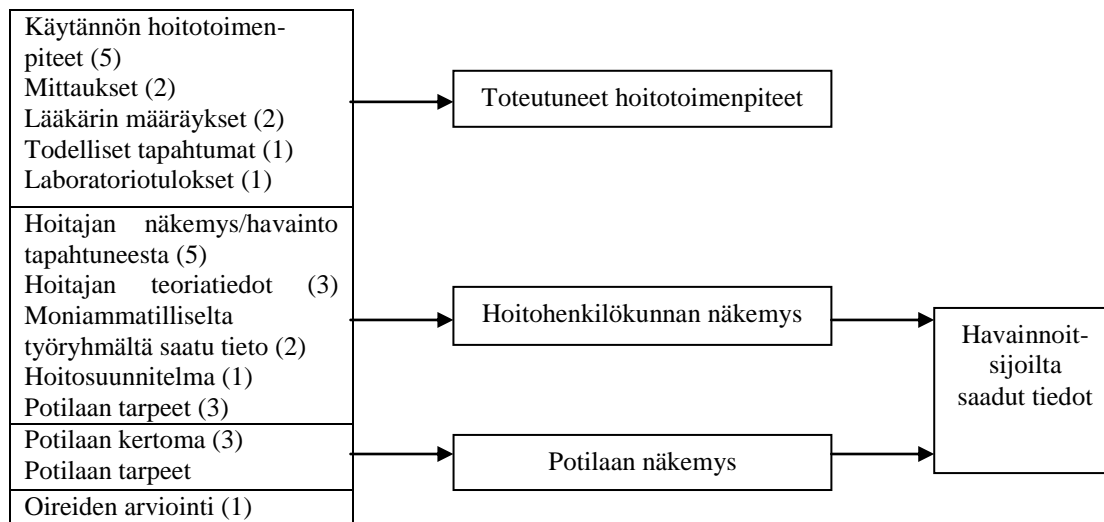


**Kaavio 7 Hoidon toteutuksessa kirjattavat tiedot**

Kysymyksen 22 avulla pyrittiin selvittämään hoidon toteutukseen perustuvien tietojen alkuperää. Hoidon toteutukseen kirjattavat tiedot perustuvat toteutuneisiin käytännön hoitotoimenpiteisiin sekä hoitohenkilökunnan ja potilaan näkemyksiin hoidon toteutuksesta. Kirjattaessa hoidon toteutusta useammassa vastauksessa



hoitajan näkemys tapahtuneesta korostui ja potilaan näkemyksen huomioiminen jäi vähemmälle. Lisäksi hoidon toteutukseen kirjattavaa tietoa saadaan moniammatilliselta työryhmältä. (Kaavio 8.)



**Kaavio 8 Hoidon toteutuksessa kirjattavien tietojen lähteet**

Kysymyksessä 23 kartoitettiin sitä, minne hoidon toteutuksen tietoja kirjataan ja miten kirjattua tietoa hyödynnetään. Hoidon toteutus kirjataan pääosin hoitosuunnitelman oikeaan sarakkeeseen aihealueittain. Hoitosuunnitelmaan kirjataan esimerkiksi annetut lääkkeet ja mittausten tulokset. Hoidon toteutuksesta kirjattua tietoa hyödynnetään raportoimiseen hoidon jatkuvuuden säilymiseksi. Lisäksi kirjatut tiedot antavat mahdollisuuden arvioida hoidon toimivuutta ja korjata tarvittaessa sitä hoitosuunnitelmaan.

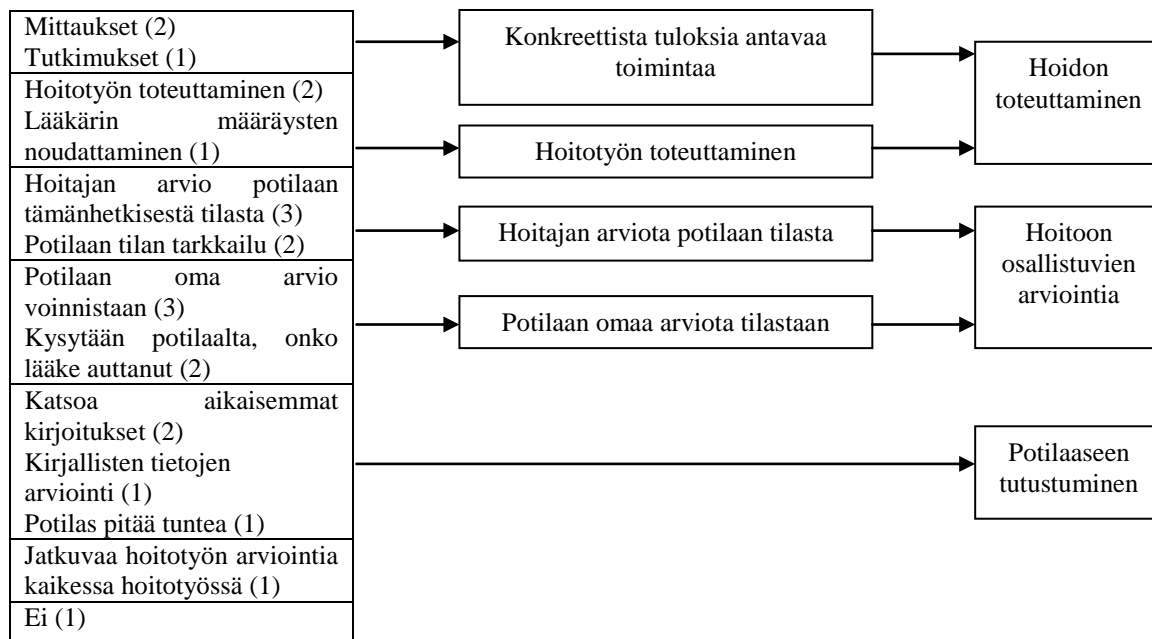
### 5.2.5 Hoidon arviointi

Kysymyksessä 24 kysyttiin arviointivaiheen kirjaamisesta; mitä tietoja kirjataan hoidon arvioinnissa? Hoidon arviointivaiheessa hoitaja kirjaa oman arvionsa hoitojaksosta. Yleisimmin hoitaja kirjaa miten potilaan tilanne on muuttunut ja mikä on potilaan nykyinen vointi. Lisäksi hoitaja kirjaa arvioinnissa oireita, mittaustuloksia, lääkkeen vaikutusta ja kuinka tavoitteeseen on päästy hoidon aikana. Ainoastaan yksi vastaaja huomioi mainita vastauksessaan arvioivansa hoitoa koko hoitojakson alusta loppuun saakka. Yksi vastaajista kirjaa arvioinnissa hoidon toteutusta ja sen vaikutusta potilaaseen, yhdessä vastauksessa

hoitaja vastaa kirjaavansa kaiken, mikä on tärkeää. Kolme vastaajista sanoo kirjaavansa potilaan näkemyksen hoidon onnistumisesta. Yksi vastaaja mainitsi kysyvänsä potilaan arviota hoitojaksosta ainoastaan kotiutustilanteessa. Vastaajista yksi ei kirjoita mitään arviointia, yksi toteaa, että usein arviointia ei ole kirjoitettu ja yksi on jättänyt vastaamatta kysymykseen.

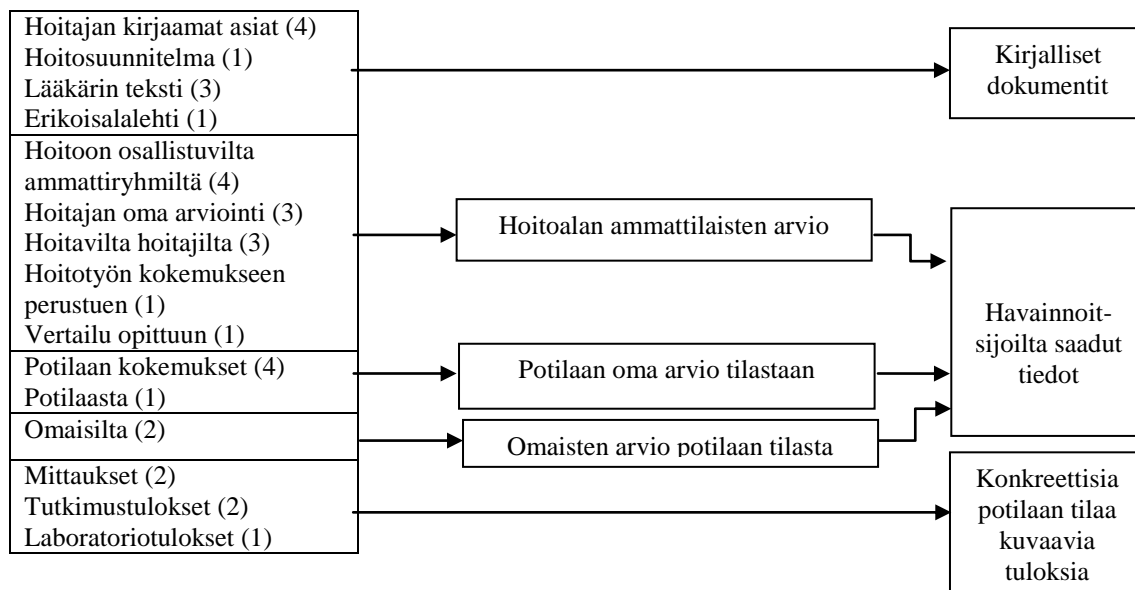
Kysymyksessä 25 kysyttiin edellyttääkö hoidon arvioinnin kirjaaminen jotain toimintaa ennen kirjaamista, ja jos edellyttää, niin mitä toimintaa. Hoidon arvioinnin kirjaaminen edellyttää hoidon toteuttamista, hoitoon osallistuvien arviointia sekä potilaaseen tutustumista. Hoidon toteuttamisessa kyse on konkreettisesta tuloksia antavasta toiminnasta (mittaukset, tutkimukset) sekä hoitotyön toteuttamisesta (lääkärin määräysten noudattaminen, hoitotyö). Hoitoon osallistuvien arviointi käsittää sekä potilaan oman, että hoitajan arvioinnin potilaan tilasta. Kaksi vastaajista mainitsi kysyvänsä potilaalta hoidon arviointivaiheessa ainoastaan lääkkeen vaikutusta. Hoitajan arvio perustuu potilaan tilan tarkkailuun sekä arvioon sen potilaan hetkisestä voinnista.

Ennen hoidon arviointia hoitaja tutustuu potilaaseen katsomalla aikaisemmat kirjoitukset. Yksi vastaajista huomioi, että potilas täytyy myös tuntea ennen arvioinnin kirjaamista. Vastaajista yksi kertoi, että arvioinnin kirjaaminen edellyttää jatkuvaa hoitotyön arviointia käytännön hoitotyössä. Yhdessä vastauksessa oli mainittu, että hoidon arvioinnin kirjaaminen ei edellytä mitään toimintaa. Kaksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. (Kaavio 9.)



**Kaavio 9 Toiminta ennen hoidon arvioinnin kirjaamista**

Kysymyksessä 26 kysyttiin, mistä lähteestä hoidon arviointiin kirjattava tieto on peräisin. Arviointiin kirjattava tieto on saatu kirjallisista dokumenteista sekä hoitoalan ammattilaisten, omaisten ja potilaan omasta arvioinnista. Kirjallisia dokumentteja ovat hoitosuunnitelma ja sinne kirjattavat asiat, lääkärintekstit ja erikoisalalehti. Hoitoalan ammattilaisten arviot perustuvat kirjaavan hoitajan omiin näkemyksiin ja kokemuksiin, raporteista saatuihin tietoihin sekä muulta moniammatilliselta ryhmältä saatuun arvioon. Lisäksi arviointiin kirjattavaa tietoa saadaan mittaus-, tutkimus- ja laboratoriotuloksista. Yksi vastaajista ei ymmärtänyt kysymystä ja kaksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. (Kaavio 10.)



**Kaavio 10 Kirjattavan tiedon lähteet hoidon arvioinnissa**

Suurin osa vastaajista mainitsi hoidon arvioinnin kirjaamispaikaksi hoitosuunnitelman. Muutamassa vastauksessa huomioitiin, että arviointia kirjataan eri hoidon osa-alueisiin hoitosuunnitelmassa. Yhdessä vastauksessa oli huomioitu, että joskus arviointi saattaa olla luettavissa vain ”rivien välistä”, eli sitä ei ole kirjoitettu suoraan mihinkään. Pari vastaajaa mainitsi myös arviointia kirjattavan hoitotyön yhteenvetoon ja hoitajalta hoitajalle -raporttiin. Eräästä vastauksesta ilmeni, että ainoastaan jatkohoitoaikaan lähtevistä potilaista tehdään hoitotyön yhteenveto, jolloin hoidon arviointi toteutuu heillä paremmin muihin verrattuna. Kirjattua hoidon arviointia hyödynnetään siten, että sen avulla voidaan korjata suunnittelua, jotta päästäisiin paremmin potilaan hoidon tavoitteisiin. Tyhjiä vastauksia oli kolme kappaletta.

### 5.2.6 Yleistä kirjaamisessa

Kysymys 28 haki vastausta siihen, mikä osaston kirjaamisessa vastaajan mielestä tällä hetkellä on hyvää. Kyselyn vastauksista ilmeni, että tällä hetkellä osaston kirjaamisessa hyvää on selkeys, asianmukaisuus, perusteellisuus, kokonaisvaltaisuus ja toimivuus. Lisäksi hyvinä asioina pidettiin hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen, auttamismenetelmien ja hoidon seurantaohjeiden kirjaamista sekä arvioivaa kirjaamistyyliä. Vastauksissa mainittiin, että hyvä kirjaaminen ylläpitää hoidon jatkuvuutta. Sähköisen

potilastietojärjestelmä *Eskon* ansiosta positiivisina asioina pidettiin sitä, että kirjaamiskohtia ei ole liian monia ja ne ovat helposti löydettävissä. Kaikki tiedot ovat yhdessä paikassa ja jokainen hoidon osa-alue on kirjaamisen yhteydessä ohittamattomissa.

Kysyttäessä kysymyksessä 29 osaston kirjaamisen kehittämiskohteita esiin nousi hoitotyön suunnittelun ja arvioinnin kirjaamisen heikkous tai jopa puutteellisuus. Kysymykseen vastaamatta jätti 40 %. Seuraavassa suoria sitaatteja vastauksista:

*”Joitakin asioita (esim. nestelistat + virtsamäärät) voisi selkeämmin kirjata Eskoon...”*

*”Hoidon arviointi retuperällä”*

*”Enemmän huomiota oireiden ja potilaan voinnin kirjaamiseen”*

*”Arviointi, sen suunnitelmallisuuden lisääminen. Hoitotyön yhteenvedoa muillekin kuin toiseen hoitolaitokseen siirtyville. Potilaan oma ”arvio”/tuntemus voinnistaan voisi tulla vielä paremmin esille”*

*”Yhtenäisempi kirjaaminen, sovitaan selvästi mitkä asiat mihinkäkin kohtaan kirjataan”*

*”Suunnittelun kirjaaminen ei aina toteudu 100%:sti”*

*”Enemmän tietokoneita, rauhaa kirjaamiseen”*

*”Enemmän voinnista, päivästä, kaikki puutteellista”*

Osaston henkilökunnan mielestä kirjaaminen on yhtenäistä tai melko yhtenäistä suurimmaksi osaksi, koska *Esko* antaa kirjaamiselle selkeät raamit. Kuitenkin ilmeni, että erojakin kirjaamisessa on. Suurimmaksi eroavaisuuksien aiheuttajaksi ilmeni hoitajien työvuosien tuomat kokemuserot. Usean vastaajan mielestä kokeneemmat hoitajat omaavat enemmän taitoa kirjoittaa kokonaisvaltaisemmin ja arvioivammin. Heillä on myös enemmän taitoa hallita suuria kokonaisuuksia.

Puutteellisen kokemuksen vuoksi nuoremmat hoitajat eivät välttämättä huomaa kirjata kaikkia tärkeitä asioita. Muutaman vastaajan mielestä eroavaisuuksia aiheuttaa hoitajien persoonalliset tyylit, yhteisen kirjaamistyylin puuttuminen sekä erilaisten asioiden tärkeänä pitäminen kirjaamisessa.

Osastolla sähköisen potilastietojärjestelmän lisäksi asioita kirjataan paperille, kuten apulistaan, nestelistaan, huumekorttiin, tiettyihin seurantalomakkeisiin, Parkinson-oirelistaan sekä hoitajien omiin muistilappuihin. Kolme vastaajista vastasi, että paperille ei kirjoiteta mitään.

Moniammatillinen työryhmä kirjaa pääasiassa hoitosuunnitelmassa oleviin omiin kohtiinsa ja erikoisalalehdille. Työryhmän kirjaaminen osastolla toimii enimmäkseen hyvin. Perusteluina mainittiin, että heidän kirjaamisensa on ymmärrettävää, tieto on helposti hyödynnettävissä potilaan hoidossa ja kirjaukset ovat löydettävissä hyvin hoitosuunnitelmasta. Lääkäreitä on joskus muistutettava kirjaamisesta, jotta määräykset tulisivat kirjatuksi *Eskoon*. Yksittäiset vastaajat toivat esiin tiettyjä terapeuttiryhmiä, joiden kirjaamisessa olisi parannettavaa. Terapeuttien käyttäessä erikoisalalehteä, tieto saattaa jäädä huomaamatta, jolloin se ei hyödytä hoitoa.

Vastaajien mielestä osaston hoitohenkilökunnan kirjaamisessa on sekä hyviä että kehitettäviä puolia. Kirjaamisesta ilmenneitä hyviä puolia oli sen sujuvuus, ytimekkyys ja toimivuus. Myös apulista mainittiin työtä helpottava tekijänä. Vastauksista ilmeni, että kirjaaminen on monesti niukkaa, koska aikaa sille ei ole tarpeeksi johtuen kiireestä. Kiire on myös syynä siihen, että tärkeitä asioita saattaa unohtua kirjata ylös. Muutama vastaaja toi esiin ainoastaan kehittämistarpeen hoitotyön kirjaamisessa, mutta eivät eritelleet sitä tarkemmin. Noin 1/3 jätti vastaamatta kysymykseen.

Pyydettyäessä vastaajia kuvaamaan hoitotyön prosessin vaiheet, heistä puolet osasi määritellä vaiheet oikein. Toiset 50 % eivät joko osanneet määritellä hoitotyön prosessia tai jättivät vastaamatta. Puolet vastaajista tunsivat näyttöön perustuvan hoitotyön määritteen. Loput 50 % eivät tunteneet määritettä tai jättivät vastaamatta kysymykseen.

### 5.3 Kartoituksesta nousseet kehittämiskohteet

Analysoinnin tuloksena voimakkaimmin nousi esille tarve kehittää hoitotyön arviointia. Tarve ilmeni sekä vastaajien omista mielipiteistä että kyselyn tuloksista. Vastauksista nousi esille, että hoidon arviointi on tulkittavissa ”rivien välistä” hoitosuunnitelmassa. Ilmeni myös, että hoidon loppuarviointia toteutetaan jatkohoitopaikkaan lähtevillä potilailla paremmin verrattuna kotiin lähteviin potilaisiin. Merkittävänä tekijä on, että ainoastaan jatkohoitopaikkaan lähtevistä potilaista tehdään hoitotyön yhteenveto. Harva kyselyyn vastaaja muisti mainita arvioivansa hoitoa hoidon alusta loppuun asti, joka on kuitenkin merkittävässä roolissa hoidon arvioinnissa. Tuloksista ilmeni, että hoidon arvioinnissa potilaan oma arvio hoidosta jää vähäisemmäksi hoitajien arvioinnin korostuessa.

Toisena mahdollisena kehittämiskohteena esille nousi hoidon suunnittelu. Tämäkin tarve ilmeni hoitajien omista mielipiteistä. Perusteluna esiin tuli, että hoidon tavoitteiden asettaminen jää vähemmälle, jolloin hoidon suunnittelun laatu kärsii. Hyvän hoitosuunnitelman tekemiseksi tulisi myös hallita hoitotyön prosessi. Sen määrittelemine tuotti osalla kyselyyn vastanneista ongelmia. Lisäksi kiire ja hoitajien erilaiset kirjaamistyyli vaikuttavat hoitosuunnitelmien laadintaan.

Tarkoituksena oli löytää osastolle vaihtoehtoja kehittämiskohteen aiheeksi. Kehittämiskohteiksi valikoitui kyselyn perusteella hoidon arviointi ja hoidon suunnittelu. Kolmanneksi vaihtoehdoksi valittiin koulutuksissa tutuksi tulleen FinCCn mukaisesti tehty kirjaamismalli potilastapauksesta. FinCC-kirjaamismalli olisi hyödyksi uuden rakenteisen kirjaamisen tullessa käytäntöön.

Kyseiset kolme kehittämiskohdetta esitettiin huhtikuun lopussa osastotunnilla henkilökunnalle. Tämän jälkeen he jäivät yhdessä viikon ajaksi miettimään heille parasta kehittämiskohdetta. Osasto valitsi kehittämiskohteeseen hoitotyön arvioinnin, jota opinnäytetyöryhmä lähti työstimään kehittämismalliksi. Lisäksi osaston toiveena oli saada malli hoitotyön yhteenvedon laatimiseen, joka myös otettiin osaksi kehittämismallia. Opiskelijajäsenet alkoivat työstimään kehittämismallia toukokuun 2010 aikana.

## 5.4 Kehittämistoiminnan tuotos

Kehittämismalliin lähdettiin hakemaan teorial materiaalia tiedonhaun avulla. Tiedonhakuun käytettiin apuna koulun informaattikkoa. Tiedonhakuun käytettiin Vaasan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalia, joka hakee tuloksia monesta eri hakuohjelmasta samanaikaisesti. Monihakuun hakusanoina käytettiin esimerkiksi ”hoitotyö AND arviointi” ja ”näyttöön perustuva hoitotyö AND arviointi”. Haun avulla löytyneestä aineistosta tehtiin kirjallisuuskatsaus. Hoitotyön yhteenvedon aineisto kerättiin aiemmista eNNI-hankkeen materiaaleista.

Yksittäisenä aiheena arviointi tuotti niukasti materiaalia ja useat kirjat sisälsivät samankaltaista tietoa. Hoitotyön arvioinnin merkityksellisyyden ymmärtämiseksi tuli arviointia käsitellä laajemmin ottaen huomioon siihen vaikuttavat tekijät.

Arviointi on osa hoitotyön prosessia. Siihen liittyy tiiviisti hoitotyön tavoitteiden asettaminen sekä suunnitelman tekeminen, ilman niitä arviointia ei voi toteuttaa. Tämän vuoksi myös näitä hoitotyön prosessin vaiheita sivutaan kehittämismallissa. Tarkemmin arvioinnin teoriaan voi tutustua kehittämismallissa (LIITE 3) olevan perusteellisemmän tekstin avulla.

Teorian oleellisimmista asioista muodostettiin sivun kokoinen malli graafiseen muotoon. Lähtökohtana mallin muodostamisessa oli millaisia ajatuksia hoitajalla herää hoitotyön arviointia miettiessään. Yksinkertaisista kysymyssanoista muodostui malliin otsikot, joihin haettiin lyhyet ja ytimekkäät vastaukset teoriasta. Muistutuksen vuoksi myös hoitotyön prosessin päävaiheet kuvattiin etenevässä kaaviokuvassa. Hoitotyön yhteenvedosta muodostettiin tiivistelmä sekä luettelo hoitotyön arvioinnin komponenteista. Sen jälkeen tehtiin laadintaohje yhteenvedon tekemiseksi.

Lähdettäessä pohtimaan mallin ulkonäköä tavoitteiksi asetettiin mielenkiintoa herättävä ja selkeä ulkoasu. Haluttiin luoda uusi ja erilainen tuotos opinnäytetyön kehittämismalliksi. Pyrkimyksenä oli tehdä mallista käytännön kirjaamista hyödyttävä ja kehittävä apuväline hoitotyön arvioinnin ja yhteenvedon



kirjaamiseen. Tuotoksena syntyi kansio, joka vietiin osaston käyttöön toukokuun lopussa. Kehittämismalli on nähtävissä liiteosiossa (LIITE 3).

Kehittämismalli oli osastolla kesän ajan, jolloin hoitajilla oli mahdollisuus tutustua ja hyödyntää sitä. Syksyllä osastolla tehtiin loppukysely, jossa tiedusteltiin mielipiteitä hankkeesta, kehittämismallista ja muita ajatuksia aiheesta. Opiskelijoiden ja osaston E5 yhteistyö hankkeen osalta saatettiin päätökseen päätöskokouksessa marraskuussa Vaasan keskussairaalassa. Päätöskokouksessa tiivistettiin kuluneen vuoden kulku ja esitettiin puheenvuoroja opiskelijoiden, osaston ja informaatikoiden tahoilta. Kaikki osapuolet kokivat hyötynensä hankkeeseen osallistumisesta. Opinnäytetyö valmistui marraskuun 2010 aikana. Opinnäytetyön esitys oli marraskuun lopussa, jolloin opiskelijat suorittivat myös kypsyysnäytteen.

## 6 ARVIOINTI

Hankkeen lopussa arvioidaan niin hankkeeseen kuin opinnäytetyöhönkin liittyviä asioita. Arvioinnin kohteena ovat siis itse hanke, tuotettu opinnäytetyö ja kehittämismalli. Lisäksi osastolle tuotetun pienimuotoisen kyselyn avulla saadaan osaston arviointi niin hankkeesta kuin kehittämismallistakin. Lopuksi opiskelijajäsenet arvioivat omaa oppimistaan.

### 6.1 Hankkeen ja opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyö eteni suunnitelmien mukaan. Yhdessä osaston kanssa laadittu aikataulusuunnitelma on ollut toimiva ja on jaottanut työskentelyn tasaisesti koko hankkeen ajalle. Yhteistyö osaston, opiskelijajäsenten ja opinnäytetyönohjaajan kanssa on ollut melko sujuvaa, huolimatta osaston hektisyydestä ja henkilöstömuutoksista. Hankkeen ajankohtaisuus on ollut positiivinen kannuste. Hankkeeseen liittyvää tietoa on ollut helposti saatavilla, esimerkiksi eNNI-hankkeen nettisivuilta.

Hankkeen osana tuotettu opinnäytetyö sisältää hankeraportin sekä kohdeosastolle valmistetun kehittämistuotoksen. Opinnäytetyön teoriarakenne on rajattu oleellisiin aihealueisiin, vaarana olisi voinut olla liian laajaksi paisunut teoriaosuus. Sen sisältö on selkeää ja lähteiden käyttö on ollut laajaa.

Kyselyn analysointi sisällönanalyysin avulla onnistui luotettavasti. Asiasisällöt olivat usean käsittelyn jälkeen helposti jaoteltavissa isompien otsikoiden alle, minkä jälkeen kategoriointi oli sujuvaa.

Kyselyn rakenne osoittautui raskaaksi niin vastaamisen kuin analysoinninkin osalta, vaikka mallia oli haettu valmiista eNNI-hankkeesta määritellystä taulukosta. Vastauksia tarkasteltaessa oli huomattavissa vastausinnokkuuden laantumista, joka ilmeni useassa kyselylomakkeessa loppuosan vähäisinä vastauksina. Muutamalta vastaajalta saatiin myös suoraa palautetta kyselylomakkeesta liittyen vastaamisen raskauteen. Lisähaastetta kyselyiden laatimiseen toi käännöstyö toiselle kotimaiselle kielelle.

Osaston vähäisestä mielenkiinnosta hankkeeseen kielii vastausprosentin mataluus (56 %). Mahdollisena haittatekijänä on saattanut olla resurssipula, jonka vuoksi osaston hoitajilla ei ole ollut rahkeita paneutua hankkeeseen. Juurruttamisen onnistumiseksi osastolla oli kehittämisprojektiin nimettynä yhdyshenkilöitä, joiden tarkoituksena oli levittää tietoa, luoda positiivista asennetta ja motivoida kirjaamisen kehittämiseen. Yhdyshenkilöiden tehtävänä oli myös pyrkiä ylläpitämään keskustelua työympäristön arjessa uudesta toimintamallista juurruttamisen edistämiseksi. Työyhteisö voi halutessaan muuttaa omaa toimintaansa yhdyshenkilöiden toimiessa edesauttajina muutokseen. Toisena mahdollisena haittatekijänä kehittämistyölle on saattanut olla riittämätön motivaatio osaston henkilökunnan kesken. (Ahonen, Karhu, Kinnunen Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 28)

## **6.2 Kehittämismallin arviointi**

Kehittämismallin tavoitteeksi asetetut lähtökohdat toteutuivat odotetusti. Mallista tuli sisällöltään ytimekäs, tiivistetysti tärkeät asiat sisältävä kokonaisuus. Tiedonhakuun käytettiin apuna koulun informaattikkoa, joka lisäsi tiedonhaun kattavuutta.

Asiat on esitetty pienissä kokonaisuuksissa, joten tekstiä on kevyt lukea. Tekstin asettelu ja kysymyssanojen käyttö otsikoinnissa on tuore ja mielenkiintoinen lähestymiskeino aiheeseen. Lähtökohtaisesti ajatuksena olikin toteuttaa hoitajien kannalta mahdollisimman helppokäyttöinen ja käytännössä hyödynnettävä malli. Ulkonäöllisesti tuotoksesta tuli erilainen kuin mitä tähän asti on totuttu näkemään muissa eNNI-hankkeen kehittämismalleissa. Ulkonäkö herättää huomiota runsaalla, mutta harmonisella värimaailmallaan.

## **6.3 Osaston arviointi hankkeesta ja kehittämismallista**

Hankkeen lopuksi toteutettiin osastolla loppukysely, jossa kysyttiin mielipidettä muun muassa hankkeesta ja kehittämismallista. Vastausaikaa oli kymmenen päivää. Vastauksia kertyi yhdeksän kappaletta. Loppukysely on nähtävissä liiteosiossa (LIITE 4).

Kysyttäessä kirjaamisen kehittämishankkeen hyödyistä osastolle ja hoitajalle itselleen oli yleinen mielipide melko negatiivinen. Vastaajista kaksi kolmasosaa piti hanketta hyödyttömänä osaston kirjaamiselle. Hyödyllisenä hanketta piti yksi kolmasosa vastaajista. Heidän mielestään kirjaamiseen on kiinnitetty enemmän huomiota ja hanke on herättänyt uusia ajatuksia ja keskustelua.

Uuden hoitotyön käytännön juurruttaminen aiheuttaa monenlaisia tuntemuksia työyhteisössä, sekä positiivisia että negatiivisia (Ora-Hyytiäinen 2006, 16). Kaikkien työyhteisön jäsenten yhtäaikaista innostusta ja kiinnostusta samaan kehittämiskohteeseen on melko epätodennäköistä. Jatkossa voisi olla hyödyllistä muodostaa kehittämiskohteesta innostuneiden kesken työryhmä, joka jatkaisi työskentelyä kehittämiskohteen parissa muutoksen aikaansaamiseksi vähitellen koko työyhteisöön. (Ahonen ym. 2007, 30.)

Juuruttaminen on useita vuosia kestävä prosessi. Keskeistä muutoksen juurruttamisessa hoitotyön toimintaan on siis kehittämistoimintaan sitoutuneiden henkilöiden työskentely jatkossakin. Heitä tulisi olla useampi työyhteisössä, jotta työn ja vastuun jakaminen mahdollistuu useamman henkilön kesken. Työyhteisössä tulisi olla muodostunut yhteinen näkemys siitä, mihin suuntaan yhteistä hoitotyötä ollaan kehittämässä ja uudistamassa. (Ahonen ym. 2007, 29-30.)

Kysyttäessä onko hoitotyön arviointiin kiinnitetty enemmän huomiota hankkeen ja kehittämismallin myötä, olivat vastaukset jakautuneet edellisten vastausten mukaisesti, kaksi kolmasosaa negatiivisiin ja yksi kolmasosa positiivisiin vastauksiin. Suurimman osan mielestä arviointi ei ole lisääntynyt juurikaan, muutaman mielestä arviointiin kiinnitetään enemmän huomiota kirjaamisessa.

Kysyttäessä mielipidettä kehittämismallista ja sen hyödyistä kaksi kolmasosaa vastaajista piti kehittämismallia hyödyllisenä. Vastaajien mukaan malli on vaikuttanut kirjaamiseen positiivisesti ja auttanut hahmottamaan paremmin potilaan kokonaishoitoa. Haasteena mallin käyttämiselle on vastaajien mielestä se, että sitä on vaikea soveltaa tämän hetkiseen *Esko*-potilastietojärjestelmään, joka sisältää valmiin rakenteen esimerkiksi hoitotyön yhteenvedon tekemisestä.

Vapaina kommentteina annettiin vielä positiivista palautetta kehittämismallista. Eräässä kommentissa todettiin, että vuosien kirjaamistottumuksia on vaikea muuttaa näin lyhyessä ajassa. Ilman ajanpuutetta saattaisi erään vastaajan mielestä olla enemmän innostusta paneutua kirjaamisen kehittämiseen. eNNI-hankkeen loppuminen toiseen osavaiheeseen oli aiheuttanut muutaman vastauksen perusteella oletuksen, että osastolla käynnissä ollut kirjaamisen kehittämishanke olisi loppunut myös ennen aikojaan.

#### **6.4 Oman oppimisen arviointi**

Hankkeessa mukana olo on ollut kehittävää. Se on opettanut projektityössä mukana olemista ja yhteistyötaitoa erilaisten työryhmien kanssa. Hankkeen aikataulussa pysyminen vaikutti alussa haastavalta, mutta oikea asennoituminen auttoi hyvän työtahdin aikaansaamisessa. Hankkeen eteneminen ja aikataulussa pysyminen osoittautui opinnäytetyön tekemisessä positiiviseksi tekijäksi työn valmistumisen kannalta. Teoriaosuutta työstettäessä tiedonhakutaidot, kriittinen ajattelu ja tietolähteiden hyödyntäminen ovat kehittyneet entisestään. Opinnäytetyön tekeminen itsessään on ollut opettavaista sen luonteeseen kuuluvan projektinomaisuuden, pitkäjänteisyyden ja jatkuvan sisällön muokkaamisen vuoksi.

## 7 POHDINTA

eNNI-kirjaamisen kehittämishanke Vaasan keskussairaalan osastolla E5 on päätöksessä. Osasto on saanut hyvät pohjustukset rakenteisen kirjaamisen kehittämiseen hankkeen myötä. Kirjaamisen kehittäminen ei ole kuitenkaan lopussa osastolla. Hankkeen myötä saatua tietoa hyväksi käyttäen heidän kirjaamisen laadukkuuteen panostaminen ja rakenteisen kirjaamisen kehittäminen jatkuu.

Eräänä haittaavana tekijänä hankkeen onnistumiselle kokonaisuudessaan osoittautui se, että kehitysuudistukset ja käytäntö eivät edenneet samaa vauhtia Vaasassa. Potilastietojärjestelmä *Esko* toimii vielä vanhalla kirjaamistavalla, jolloin osastolla on ollut ehkä hankala soveltaa hankkeen myötä saamiaan uusia tietoja käytäntöön työkalujen puutteen vuoksi.

Hanke ja opinnäytetyöprosessi antoivat mahdollisuuden syventyä kirjaamiseen ja uuteen rakenteisen kirjaamisen malliin. Prosessi on antanut valmiuden viedä kirjaamisen asiantuntijuuden tuomaa tietoutta tuleviin työpaikkoihin. Yhteistyössä toimiminen työelämän kanssa on ollut mielenkiintoista ja antoisaa, koska yhteistyön hyödyt ovat olleet molemminpuoliset. On ollut kannustavaa olla mukana kehitystyössä, jonka tulokset tulevat olemaan osana tulevaisuuden hoitotyötä.

eNNI-hanke on vaikuttanut merkittävästi koko Suomen hoitotyön kirjaamisen kehitykseen. Hanke on ammattikorkeakoulujen ja työyhteisöjen avulla levittäytynyt kansallisesti ympäri Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin. eNNI-hanke päättyi suunniteltua aiemmin jo toiseen vaiheeseensa vuoden 2010 lopulla. Viimeinen kolmas vaihe jäi toteutumatta rahoituksen puuttumisen vuoksi.

### 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta toteutettaessa hyvin tärkeäksi osaksi muodostuu tutkimuksen eettisyys. Tutkimuksen eettisyydelle on asetettu tietyt kriteerit, joiden avulla tutkimuksen eettisyyttä tulisi arvioida. Tutkimusta toteutettaessa tulisi huomioida,

että tutkittavan yksityisyys turvattaisiin, tutkittavalle tulisi kertoa selvästi tutkimuksen tavoite, menetelmät, tutkimuksesta saatavat mahdolliset hyödyt sekä riskitekijät. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista sekä tutkittavalla tulee olla oikeus kieltäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. Lisäksi on tärkeää, että tutkimukseen haetaan tutkimuslupa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174-180.)

Anonymiteetin turvaaminen tulee huomioida tutkimustyössä. Tutkimustietoja ei tule luovuttaa kenellekään ulkopuoliselle henkilölle ja aineiston säilytys tapahtuu suljetussa paikassa vain asianomaisten hallussa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179-180.)

Kysely toteutettiin eettisesti oikein. Kartoitukseen haettiin tutkimuslupa Vaasan keskussairaalan medisiinisen tulosalueen ylihoitajalta. Vastaajille kerrottiin saatekirjeessä kyselyn tarkoitus ja tavoite. Vastaukset jätettiin osastolla sijaitsevaan suljettuun laatikkoon. Kyselyn vastaajat vastasivat nimettöminä ja vastauslomakkeita käsiteltiin luottamuksellisesti ja ainoastaan tähän tutkimukseen hyödyntäen. Lomakkeet hävitettiin asianmukaisesti. Kyselyn vastaajille kerrottiin, että kysymyksiin ei ole olemassa oikeita vastauksia ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Haastatteluaineiston luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida, että vastaajiksi valitaan vain niitä, jotka haluavat osallistua kyselyyn. Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla selkeitä eivätkä kysymykset saa olla liian suppeassa muodossa. Vastaajaa ei saisi johdatella kysymysten avulla, vaan kysymysten tulisi olla sellaisessa muodossa, että vastaajalla olisi mahdollisuus sanoa oma mielipiteensä mahdollisimman monipuolisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216-217.)

Kyselylomakkeen kysymykset osoittautuivat joillekin vastaajista epäselviksi, vastattiin myös esimerkiksi sellaista, mitä ei kysytty. Pääosin kysymykset ymmärrettiin oikein, jolloin niistä sai kattavaa analysoitavaa materiaalia. Kyselylomakkeen pituus saattoi vähentää loppupään vastausten luotettavuutta vastaajan väsyessä pohtimiseen. Vastausprosentti (56) jäi odotettua pienemmäksi,

jolloin tutkimusaineisto ei ollut niin kattava. Vastausprosentilla ei saada kokonais kuvaa osaston kirjaamisesta, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen.

Analysointivaiheessa kaikki kysymykset analysoitiin samoja menetelmiä käyttäen. Joitain vastauksia oli hankala analysoida niiden tulkinnallisuuden vuoksi, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen. Analysoinnin kategoriointi ja analysoijien ajatusprosessi on tuotu lukijalle esiin kaaviokuvien avulla eli analysointi on tuotu selkeästi kaikkien ymmärrettäväksi. Analysoinnin tulosten luotettavuuden osoittamiseksi vastauksista on otettu myös suoria lainauksia. Kolmen analysoijan avulla on saatu aikaan kriittisempää ajattelua ja useampia eri näkökulmia asioista.

## **7.2 Ehdotus jatkotutkimusaiheeksi**

Tulevaisuudessa rakenteisen kirjaamisen ollessa käytössä voisi tutkia, miten kehittämishanke on vaikuttanut tai onnistunut kyseisellä osastolla. Tutkimuksen osana voisi myös tutkia, miten rakenteinen kirjaaminen on omaksuttu ja onko se parantanut kirjaamisen laatua.



## LÄHDELUETTELO

A298/2009. Asetus potilasasiakirjoista. 1.8.2009.

Aalto, Pirjo 1998. Hoitotyön dokumentointia ohjaavat säädökset. Teoksessa mukana Munnukka Terttu, Halme Seija, Kiikkala Irma, Koponen Päivikki & Voutilainen Päivi. Hoitotyön vuosikirja 1999. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Ahonen Outi, Karhu Jaana, Kinnunen Riitta, Ora-Hyytiäinen Elina & Soikkeli Tuula 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. Sairaanhoitaja 1/2007, vol 80, 27-30.

Ahonen Outi, Ora-Hyytiäinen Elina & Silvennoinen Pirjo 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 6/2005, 4-7.

Ahonen Outi, Ora-Hyytiäinen Elina & Silvennoinen Pirjo 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys 2/2006, 16-19.

Anttila Kyllikki, Kaila-Mattila Tuulikki, Kan Suvi, Puska Eeva-Liisa & Vihunen Riitta 2001. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo. WSOY.

<[www.enni.fi](http://www.enni.fi)>. eNNI-hankkeen Internet-sivut.

Ensio Anneli & Saranto Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Eriksson Tiina, Koivukoski Sirkka & Riukka Nina 1999. Ajatuksia hoitotyön kirjaamisesta. Sairaanhoitaja 6/99, vol 72, 26-27.

Hallila, Liisa 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Hallila, Liisa 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan kirjapaino.

Hoffren Päivi & Hassinen Tiina 2008. Mirandan pilotointi Kuopion ja Turun yliopistollisessa sairaalassa. Sairaanhoidaja-lehti. Vol 81, nro 6-7/2008, 17.

Hopia Hanna, Schildt Tiina & Hovikoski Kristiina 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia Hanna & Koponen Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 97-110. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.

Kalpa Hanna & Kuusisto-Niemi Sirkka 1997. Jäsennellyn tiedon avulla palveluketjujen hallintaan. Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportti. Stakes.

Kankkunen Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke (HoiData -hanke) 2007-2009. Päivitetty 30.11.2009. [viitattu 11.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <http://www.vssh.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf>](http://www.vssh.fi/fi/dokumentit/22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf)

Kassara Heidi, Paloposki Sanna, Holmia Silja, Murtonen Irja, Lipponen Varpu, Ketola Marja-Leena & Hietanen Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. p. Porvoo. WSOY.

Kivisaari, Sirkku 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Espoo. DMP-Digital Media Partners.

Kratz, Charlotte R. 1985. Hoitotyön prosessi. 2 p. Juva. WSOY.

Kyngäs Helvi & Hentinen Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kärkkäinen, Oili 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia Hanna & Koponen Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 89-96. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

L159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 1.7.2007.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992.

Lauri Sirkka, Lehti Tuija, Heinonen Satu & Mäki-Kerttula Arja 1993. Hoitotyön kirjaamisen laadullinen arviointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:7.

Lauri Sirkka, Moisander Marja-Liisa, Hämäläinen Tarja & Lehti Tuija 1991. Hoitotyön toiminta-ajatuksen ja dokumentoinnin kehittäminen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja B:1.

Lehti Tuija, Lauri Sirkka & Salovaara Heli 2000. Hoitotyön kirjaaminen seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja A:31.

Liljamo Pia, Kaakinen Pirjo & Ensio Anneli 2008. Opas FinCC - luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. [viitattu 11.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/17013/FinCC\\_OHJEKIRJA\\_VERSION\\_1\\_0\\_fin\\_al\\_a.pdf>](http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/17013/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_fin_al_a.pdf)

Ora-Hyytiäinen, Elina 2006. Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro terveys 5/2006, 14-17.

Osaston E5 osastonhoitaja.

Osaston E5 perehdytyskansio.

Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Rönkkö Ilona & Väisänen Sari 1998. Arviointi, jatkohoidon suunnittelu ja potilaan kotiuttaminen hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.), Hoitotyön kirjallinen suunnitelma, 98-100. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Rönkkö Ilona, Väisänen Sari, Toivanen Irmeli & Hallila Liisa 1998. Hoitotyön tiivistelmän laatiminen. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.), Hoitotyön kirjallinen suunnitelma, 101-111. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Sarajärvi, Anneli 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö –kuvaus toimintamallin kehittämisestä. Pro terveys 6/2009, 10-14.

Saranto Kaija & Ensio Anneli 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia Hanna & Koponen Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 123-138. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna-Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Sarvimäki Anneli & Stenbock-Hult Bettina 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva. WSOY.

Sonninen Anna Liisa, Ensio Anneli & Ikonen Helena 2008. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa, Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 80-87. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sonninen Anna Liisa & Ikonen Helena 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa, Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 75-79. WSOY Oppimateriaalit Oy.

STM 2001:3, Espoon kaupunki. 2002.

Tanttu Kaarina & Ikonen Helena 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa

(toim.), Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 112-126. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tanttu Kaarina & Rusi Reetta 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia Hanna & Koponen Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 113-122. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tanttu, Kaarina 2008. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli. Sairaanhoitaja-lehti. Vol 81, nro 6-7/2008, 16.

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008, HoiDok -hanke, Loppuraportti osa 1, 2008. [viitattu 10.1.2010]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16562/HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf>

<b>Hoitopro- sessin vaihe:</b>	<b>Mitä tietoja kirjataan?</b>	<b>Mitä toimintaa/tieto ja kirjaaminen edellyttää?</b>	<b>Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?</b>	<b>Minne ja moneenko paikkaan tieto kirjataan?</b>	<b>Miten tätä tietoa hyödynnetään?</b>
<b>Tulotilanne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potilaan nykyinen vointi</li> <li>-Hoidon tarve</li> <li>-Oireet ja niiden kesto</li> <li>-Diagnoosi-epäily</li> <li>-Lääkitys</li> <li>-Lääkärin määräykset</li> <li>-Mittaukset</li> <li>-Perussairaudet</li> <li>-Riskitiedot: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ruokavalio</li> <li>-Allergiat</li> </ul> </li> <li>-Ongelmat päivittäisissä toiminnoissa (esim.liikkuminen, ruokailu, hygienia jne.)</li> <li>-Mistä ja milloin potilas tulee osastolle</li> <li>-Omaisten yhteystiedot / kenelle lupa antaa tietoja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potilaan vastaanotto</li> <li>-Potilaan / omaisten haastattelu</li> <li>-Potilaan sisäänkirjaaminen</li> <li>-Mittaukset</li> <li>-Hoitajan oma arviointi</li> <li>-potilaan tilasta</li> <li>-Potilaspapereihin tutustuminen</li> <li>-Edellisen hoitajan raportti</li> <li>-Huoneen näyttäminen ja potilaan informointi</li> <li>-Potilaan voinnin stabilointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potilastietojärjestelmä: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoito-suunnitelma</li> <li>-Lähete</li> <li>-Erikoisala-lehti</li> </ul> </li> <li>-Potilaan haastattelu</li> <li>-Omaisten haastattelu</li> <li>-Edellisen hoitajan raportti</li> <li>-Ambulanssi-lomake</li> <li>-Hoitajan omat havainnot</li> <li>-Mittaukset</li> <li>-Laboratoriotulokset</li> <li>-Lääkelista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitosuunnitelma</li> <li>-Lääkehoitokohta</li> <li>-Tausta- ja riskitiedotkohta</li> <li>-Fysiologiset mittauksetkohta</li> <li>-Tulotilannekohta</li> <li>-Glinkkiin ruokatiedot</li> <li>-Oberon</li> <li>-Apulista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pohja hoidon suunnitelmalle</li> <li>-Suunnitellaan sopiva potilashuone /-paikka</li> <li>-Hoidon tarpeen arviointi</li> <li>-Osataan tehdä tarkentavia kysymyksiä, havainnoida ja arvioida olennaista</li> <li>-Diagnoosin selvittäminen</li> <li>-Henkilökunnan vuoron vaihtuessa</li> </ul>
<b>Hoidon suunnittelu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tulosyy ja oireet tulotilanteessa</li> <li>-Nykyinen vointi</li> <li>-Hoidon tarve</li> <li>-Suunnitellut toimenpiteet</li> <li>-Mitä mitataan</li> <li>-Ongelmat päivittäisissä toiminnoissa (esim.liikkuminen, ruokailu, hygienia jne.)</li> <li>-Lääkehoito</li> <li>-Nestetasapaino</li> <li>-Tulevat tutkimukset</li> <li>-Lääkärin määräykset</li> <li>-Potilaan taustatiedot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Keskustelu potilaan kanssa</li> <li>-Omaisten haastattelu</li> <li>-Mahdollisesti edellisen hoitajan haastattelu</li> <li>-Hoitajan oma arviointi</li> <li>-Potilas-kertomukseen tutustuminen</li> <li>-Mittaukset, tutkimukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potilaskertomus</li> <li>-Tuloteksti</li> <li>-Potilas</li> <li>-Omaiset</li> <li>-Hoitajalta itseltään</li> <li>-Lääkärin määräykset</li> <li>-Päivystyksestä saatu tieto</li> <li>-Intranet</li> <li>-Edellisen hoitoyksikön yhteenvedo</li> <li>-Moniammatillinen työryhmä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitosuunnitelma: kaikki osa-alueet, vasen palkki</li> <li>-Apulista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoidon toteutuksessa ja arvioinnissa päivittäin</li> <li>-Hoidon jatkuvuuden takaaminen</li> <li>-Joka vuorossa luetaan läpi onko tulossa jotain huomioitavaa /tavoitetta</li> <li>-Koko hoidon ajan</li> <li>-Perusta hoitotoimenpiteiden tarpeille</li> <li>-Kirjaamiseen</li> </ul>

<b>Hoidon toteutus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mitä on tehty ja koska</li> <li>-Sairauden tila: vointi, oireet, muutokset tilassa</li> <li>-Perushoidon toteuttaminen: erittäminen, ihon kunto, syöminen, liikkuminen, uni</li> <li>-Lääkärin määräykset</li> <li>-Lääkitys</li> <li>-Hoitajan havainnot tehdyistä toimenpiteistä</li> <li>-Potilaan mielipide onnistumisesta</li> <li>-Potilaan toiveet</li> <li>-Hoidon tarpeen muutokset</li> <li>-Hoidon opetus/ohjaus</li> <li>-Hoidon tulokset</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Käytännön hoitotoimenpiteet</li> <li>-Hoitajan näkemys/havainto tapahtuneesta</li> <li>-Potilaan näkemys tapahtuneesta</li> <li>-Teoriatiedot</li> <li>-Mittaukset</li> <li>-Laboratoriotulokset</li> <li>-Moniammatillisen työryhmän havainnot</li> <li>-Lääkärin määräykset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitosuunnitelma aihe-alueittain</li> <li>-Apulista</li> <li>-Lääkelista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitosuunnitelman päivitys: voidaan verrata aiempia kirjauksia nykyiseen, arvioida ja korjata suunnitelmaa</li> <li>-Raportoinnissa</li> <li>-Saadaan selville ongelmat, jotka informoidaan lääkärille</li> </ul>
------------------------	--	---	--	---	---

<b>Hoidon arviointi</b>	<p>-Potilaan vointi ja siinä tapahtuneet muutokset</p> <p>-Potilaan oma kokemus hoidon aikana ja kotiutustilanteesta</p> <p>-Hoitajan oma arvio</p> <p>-Mittaukset</p> <p>-Kuinka tavoitteeseen päästy</p> <p>-Lääkkeen vaikutus</p> <p>-Ei mitään</p> <p>-Usein arviointia ei ole kirjoitettu</p>	<p>-Hoitajan arvio potilaan sen hetkisestä tilasta</p> <p>-Potilaan oma arvio</p> <p>-Kysytään potilaalta, onko lääke auttanut</p> <p>-Hoitotyön toteuttaminen</p> <p>-Lääkärin määräysten noudattaminen</p> <p>-Jatkuvaa hoitotyön arviointia kaikessa hoitotyössä</p> <p>-Aikaisempien tekstien katsominen ja arviointi</p> <p>-Potilas pitää tuntea</p> <p>-Mittaukset, tutkimukset</p> <p>-Ei mitään</p>	<p>-Hoitosuunnitelma: lääkärin tekstit, hoitajan kirjaamat asiat, erikoisalalehti, laboratoriotulokset, tutkimustulokset, mittaukset</p> <p>-Hoitajan oma arviointi</p> <p>-Hoitajan työkokemukseen perustuva</p> <p>-Potilaan kokemukset</p> <p>-Omaisten arvio</p> <p>-Hoitoon osallistuva moniammatillinen työryhmä</p>	<p>-Hoitosuunnitelma</p> <p>-Hoitotyön yhteenveto</p> <p>-Hoidon arviointi ilmenee "rivien välistä"</p>	<p>-Sen avulla korjataan suunnitelmaa, että päästään tavoitteeseen</p> <p>-Arvioinnin onnistumisen ja jatkuvuuden kannalta</p>
-------------------------	--	--	--	---	--



## Hyvä kyselyyn vastaaja,

Tämä on Vaasan ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijoiden opinnäytetyöhön liittyvä kysely. Kysely on osa eNNI -hanketta, jossa osastonne E5 on mukana. eNNI -hanke on kirjaamisen kehittämishanke, jonka tavoitteena on uuden valtakunnallisen kirjaamismallin juurruttaminen käytäntöön. Tällä kyselyllä kartoitetaan osastonne kirjaamista, jonka tarkoituksena on löytää mahdolliset kehittämisalueet.

Kysymyksiin ei ole oikeita vastauksia, eikä kyselyn tarkoituksena ole arvostella nykyistä kirjaamista osastolla.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta kyselyn luotettavuuden kannalta olisi kuitenkin tärkeää, että mahdollisimman moni teistä osallistuisi kyselyyn.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ilmene tuloksista. Materiaalia käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön valmistuttua vastauslomakkeet hävitetään.

Täytetyn vastauslomakkeen voitte palauttaa palautuslaatikkoon, joka on kahvihuoneessanne. Kysely toteutetaan **1.2.-15.2.2010** välisenä aikana.

Vaasan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitajaopiskelijat

Anna Haapamäki

Anne Oja-Nisula

Elina Mäenpää

[annanelina@gmail.com](mailto:annanelina@gmail.com)

## KYSELYLOMAKE

(Voit tarvittaessa jatkaa kääntöpuolelle)

### TAUSTATIEDOT

1. Työtehtäväsi      1 Sairaanhoitaja      2 Lähihoitaja      3 Perushoitaja
2. Ikäsi \_\_\_\_\_
3. Kauanko olet työskennellyt osastolla E5? \_\_\_\_\_
4. Kauanko olet ollut töissä hoitoalalla? \_\_\_\_\_

### ATK- JA TIEDONHAKUTAIDOT

5. Arvioi paljonko käytät tietokonetta vapaa-aikanasi viikossa? \_\_\_\_\_
6. Arvioi ATK-taitosi kouluasteikolla 4-10 \_\_\_\_\_
7. Tässä lista tietokannoista. Ympyröi sopiva vaihtoehto seuraavista:

1 Olen kuullut      2 Olen käyttänyt      3 En ole kuullut

ARTO	1	2	3
LINDA	1	2	3
Duodecim - Lääketieteen aikakauskirja	1	2	3
VKS:n kirjaston aineistotietokanta	1	2	3
Elektra	1	2	3
Medic	1	2	3
Terveysportti	1	2	3
Journals@Ovid - Nursing Collection	1	2	3
Cochrane-kirjasto	1	2	3
Cinahl	1	2	3
MD Consult	1	2	3

Medline	1	2	3 <sup>2/8</sup>
Your Journals Ovid	1	2	3
MOT sanakirjasto	1	2	3
A-Z –kokoteksti lehtilista	1	2	3
Pubmed	1	2	3
JBI Connect	1	2	3

8. Mitkä ovat ne tiedonlähteet, joiden käytössä tarvittaisiin opastusta?

---

---

---

9. Millaista tiedonhaun opastusta toivottaisiin? (Esim. tiedonhakutekniikat, tietokantojen käyttö)

---

---

---

## TULOTILANNE

10. Mitä tietoja kirjaatte tulotilanteesta potilaan tullessa hoitoon?

---

---

---

11. Mitä tapahtumia tulotilanteeseen liittyy ennen kirjaamista?

---

---

---

12. Mistä lähteestä kirjattavat tiedot ovat peräisin?

---

---

---

13. Miten tätä tietoa hyödynnetään tulotilanteessa?

---

---

---

14. Minne ja moneenko paikkaan tieto kirjataan?

---

---

---

## HOIDON SUUNNITTELU

4/8

15. Mitä tietoja kirjaatte hoidon suunnittelussa?

---

---

---

16. Edellyttääkö hoidon suunnittelu toimintaa ennen kirjaamista? Jos edellyttää, niin mitä?

---

---

---

17. Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin hoidon suunnitteluvaiheessa?

---

---

---

18. Minne ja moneenko paikkaan hoidon suunnittelu kirjataan?

---

---

---

19. Miten hoidon suunnittelun tietoa hyödynnetään?

---

---

---

20. Onko hoidon suunnittelu mielestäsi toimivaa osastollanne? Perustele.

---

---

---

### **HOIDON TOTEUTUS**

21. Mitä tietoja kirjaatte hoidon toteutuksessa?

---

---

---

22. Mihin perustuu tiedot, jotka hoidon toteutukseen kirjataan?

---

---

---

23. Minne ja moneenko paikkaan hoidon toteutus kirjataan? Miten sitä hyödynnetään hoitotyössä?

---

---

---

## HOIDON ARVIOINTI

6/8

24. Mitä tietoja kirjataan hoidon arvioinnissa?

---

---

---

25. Edellyttääkö hoidon arvioinnin kirjaaminen jotain toimintaa ennen kirjaamista? Jos edellyttää, niin mitä?

---

---

---

26. Mistä lähteestä hoidon arviointiin kirjattava tieto on peräisin?

---

---

---

27. Minne ja moneenko paikkaan hoidon arviointia kirjataan, ja miten tätä tietoa hyödynnetään

---

---

---

## YLEISTÄ KIRJAAMISESTANNE

28. Mikä kirjaamisessanne on tällä hetkellä mielestäsi hyvää?

---

---

---

29. Mitä kehittämiskohtia näet kirjaamisessanne työyhteisössä tällä hetkellä?

---

---

---

30. Onko osaston henkilökunnan kirjaaminen mielestäsi yhtenäistä? Onko kirjaamistyyleissä suuria eroavaisuuksia? Perustele vastauksesi.

---

---

---

31. Jos eroavaisuuksia on, mistä ajattelet niiden johtuvan?

---

---

---

32. Kirjoitatteko tietoja sähköisen potilastietojärjestelmän lisäksi paperille? Jos kyllä, niin mitä tietoja?

---



33. Toimiiko moniammatillisen työryhmän kirjaaminen osastollanne mielestäsi hyvin? Perustele vastauksesi.

---

---

---

34. Minne moniammatillinen työryhmä kirjaa ja onko tieto käytettävissä helposti?

---

---

---

35. Mitä muuta yleistä tahtoisit kertoa nykytilanteen kirjaamisesta työyhteisössänne?

---

---

---

36. Kuvaile hoitotyön prosessin vaiheet

---

---

---

37. Mitä tarkoittaa näyttöön perustuva hoitotyö?

---

---

KIITOS!

# Hoitotyön arvioinnin ja yhteenvedon laatiminen

Verenpaine  
125/75



Miten  
potilaan  
vointi  
muuttunut?

Ovatko  
hoitokeinot  
auttaneet?

Olenko  
muistanut  
kysyä  
potilaan  
mielipidettä?



# ARVIOINNIN YHTEISET PELISÄÄNNÖT OSASTOLLA E5

LIITE 3

## 1. Tarpeen määrittäminen

- Potilaskohtaisesti
- Huomioidaan kokonaisvaltaisesti hoitotyön ongelmat
- Tiedon keruu potilaalta, omaisilta ja hoitajilta

## 2. Suunnittelu

- Yhteistyössä potilaan kanssa
- Hoidon tavoitteiden asettaminen tarpeisiin nähden
- Auttamismenetelmien valinta

## hoitotyön prosessi

## 4. Arviointi

## 3. Toteutus

- Tavoitteisiin pyrkivää hoitotyötä auttamismenetelmiä hyödyntäen



### M I K S I ?

- Työkalu hoidon toimivuuden arvioinnissa
- Hoidon tulokset havaittavissa selkeämmin kirjauksissa
- Parantaa hoidon laatua
- Huomataan ajoissa hoidon tarpeessa tapahtuvat muutokset → hoidon tehokkuus
- Potilas saa tarvetta vastaavaa hoitoa → hoitoaika lyhenee
- Kirjattu tieto informatiivisempaa ja käyttökelpoisempaa
- Kirjaamista koskevat lait vaativat arvioivaa kirjaamista
- Hoidon jatkuvuus paranee
- Tuottaa tietoa hoitotyön kehittämiseen potilaskohtaisesti ja osastokohtaisesti

### M I L L O I N ?

- Joka vuoron aikana / päivittäin
- Väliarviointit, erityisesti pitkäaikaipotilailla
- Loppuarviointi hoitojakson päättyessä

### K U K A ?

- Jokainen hoitaja arvioi työvuoron aikana omat potilaansa
- Potilaan oma mielipide hoidosta ja voinnistaan
- Omaisten näkemysten huomioiminen

### M I T E N ?

- Arviointia tehdään suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon
- Nähdään ovatko suunnitellut ja toteutetut hoitokeinot olleet oikeat.
- Potilaan tilan kehitysmuutoksia ja voimien muutokset.
- Onko vointi muuttunut paremmaksi, huonommaksi vai pysynyt ennallaan?
- Arvioinnissa tulee näkyä, mitkä asiat/auttamismenetelmät ovat vaikuttaneet voimien muutokseen
- Mahdollisuuksien mukaan hyödyntäen arviointimittareita (esim. VAS, nestelista)
- Kaikki potilaasta kirjattavat asiat arvioivaan kirjaamistyyliin

## MITEN KIRJOITAN HOITOTYÖN YHTEENVEDON?

- Yhteenveton omainen, noin yhden sivun mittainen kokonaiskuvaus potilaan hoitajaksosta
- Yhteenveto tehdään jokaisesta osastohoitajaksosta hoidon päättyessä
- Hoitajakson kannalta tärkeät asiat kootaan yhteen
- Yhteenveto laaditaan hoitotyön prosessin mukaan
- Seuraavat asiat olisi hyvä ilmetä yhteenvedosta:
  - Potilaan nykyinen vointi
  - Hoidon syy
  - Hoidon tarve
  - Hoidon tavoitteet
  - Hoitotyön toiminnot /toteutuksen kuvaus lyhyesti
  - Hoidon tulokset arvioivaan kirjaamistyyliin
  - Hoitoisuus
  - Jatkohoitosuunnitelma tarvittaessa
  - Lääkehoito (jatkohoitoon siirtyvillä merkitään myös siirtopäivänä otetut lääkkeet ja kellonajat)
  - Hoidon kannalta oleelliset esi- ja perustiedot

## HOITOTYÖN ARVIOINNIN KOMPONENTIT

- |                            |                  |                         |
|----------------------------|------------------|-------------------------|
| •Aktiviteetti              | •Ravitsemus      | •Päivittäiset toiminnot |
| •Erittäminen               | •Hengitys        | •Psyykinen tasapaino    |
| •Selviytyminen             | •Verenkierto     | •Aistitoiminta          |
| •Nestetasapaino            | •Aineenvaihdunta | •Kudoseheys             |
| •Terveyskäyttäytyminen     | •Kanssakäyminen  | •Jatkohoito             |
| •Terveyspalveluiden käyttö | •Turvallisuus    | •Elämäntapa             |
| •Lääkehoito                |                  |                         |



## MALLI hoitotyön yhteenvedosta (23.3.2010 eNNI-hankkeen koulutuspäivä Oulu)

### HOITOTYÖN YHTEENVETO

<b>HOITOJAKSO</b>	Hoitojakson kesto ja osaston puh. numero.
<b>ESITIEDOT</b>	Mm. Allergiat, ruokavalio ja aikaisemmat sairaudet.
<b>TULOTILANNE</b>	Tulosyy. Kuvataan lyhyesti tulo tilannetta miksi tuli sairaalaan.
<b>LOPPUARVIO</b>	Kuvataan potilaan kokonaistilanne.

### HOIDON TARVE

FinCC -luokituksen komponenttien mukaan. Keskeisimmät hoidon tarpeet, esim. kipu, tulehtunut haava, sekavuus jne.

*Aistitoiminta: Toimenpiteeseen liittyvä kipu*

*Ravitsemus: Ruokahaluttomuus*

*Erittäminen: Ummetus*

### HOITOTYÖN TOIMINTO

Keskeisimmät hoitotyön toiminnot esim. kävelyharjoitukset, ohjaus, avustamiset pesuissa ja liikkumisessa ja jne. FinCC -luokituksen komponenttien mukaan.

*Aistitoiminta: Kivun hoito. Kipua hoidettu määrätyn lääkityksen mukaisesti*

*Ravitsemus: Ravinnon saannin turvaaminen. Avustettu ruokailussa.*

### HOIDON TULOKSET

Keskeiset hoidon tulokset, potilaan vointi ja kokemukset hoidosta. Potilaan toimintakyky ja vointi lähtötilanteessa (liikkuminen, apuvälineiden/avun tarve). FinCC -luokituksen komponenttien mukaan.

### HOITOISUUS

<b>JATKOHOITO</b>	Omaisten tietämys potilaan siirrosta. Ohjeet jatkohoitoon, esim. haavahoito. Laboratoriokontrollit.
<b>LÄÄKEHOITO</b>	Sairaalaan siirryttäessä siirtopäivänä saadut lääkkeet. Muut erityistiedot lääkehoidosta.

## HOITOTYÖN ARVIOINTI

Hoitotyön arviointi kuuluu osana hoitotyön prosessiin. Hoitotyön arviointi ei ole itsetarkoitus, vaan sen tarkoituksena on olla potilaan hoitoa kehittävä. Sen avulla saadaan tietoa hoidosta, sen sujuvuudesta, laadukkuudesta ja tuloksista. Hoidon vaikuttavuutta arvioidaan asetettuihin tavoitteisiin peilaten. (Saranto & Ensio 2007, 123; Kassara ym. 2006, 48.)

Hoitotyön arvioinnin mahdollistamiseksi on jokaiselle potilaalle yksilöllisesti asetettava hoidolle tavoitteita hoitotyön prosessin mukaisesti. Ne antavat hoidolle suunnan, mihin tulisi tähdätä. (Kassara ym. 2006, 48; Rönkkö, Väisänen, Toivanen & Hallila 1998, 105.)

Hoitotyön tavoitteiden tulee olla lähtöisin kunkin potilaan tarpeista ja mahdollisuuksista saavuttaa ne. Välitavoitteita asettamalla on helpompi edetä hoidossa kohti päätavoitteita. Ne lisäävät potilaan sitoutumista hoidon tavoitteisiin koettujen onnistumisten ja itseluottamuksen kasvun kautta. Hoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi hoitotyön tavoitteet tulee olla tarpeeksi käytännönläheisiä ja tavoitteellisia. Jos tavoitteet on asetettu liian yleiselle tasolla, on hoitotyön vaikuttavuudesta vaikea saada tarkkaa käsitystä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 217; Rönkkö ym. 1998, 106.)

Hoidon tuloksellisuutta ja asetettuja tavoitteita tulee arvioida koko hoidon ajan, päivittäin sekä hoidon lopussa. Näin voidaan jatkuvasti arvioida hoitoa ja sen tehokkuutta. Jatkuvan arvioinnin avulla voidaan miettiä, pitäisikö asetettuja hoitotyön tarpeita, tavoitteita tai suunnitelmaa muuttaa tai tarkentaa jotenkin, tai löytyykö mahdollisesti uusia hoitotyön tarpeita tai ongelmia. Hoidon arvioinnin avulla siis nähdään, ovatko suunnitellut ja toteutetut hoitokeinot olleet oikeat. (Kärkkäinen 2007, 94; Rönkkö ym. 1998, 105, 107; Kassara ym. 2006, 59; Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 97; Sonninen, Ensio & Ikonen 2008, 80.)

Hoitotyön toteutumisen hyvässä arvioinnissa tulee näkyä yksittäisten hoitomenetelmien vaikutus, potilaan tilan kehittyminen ja voinnin muutokset. Arvioitavina asioina on hoitotyön auttamismenetelmien tai lääketieteellisten hoitokeinojen välitön vaikutus. Kirjattaessa mitä tahansa potilaaseen vaikuttavaa asiaa, tulisi sen yhteydessä aina olla myös arviointia, onko vointi muuttunut paremmaksi, huonommaksi vai pysynyt ennallaan. Esimerkiksi kirjaus ”Potilas voi paremmin” on riittämätön arvio potilaasta, vaan sen yhteyteen tulisi kirjata, mitkä hoitotyön tai lääketieteen auttamismenetelmät ovat vaikuttaneet potilaan voinnin paranemiseen. (Rönkkö & Väisänen 1998, 99; Sonninen & Ikonen 2008, 78.)

Hoitotyön laadukkaassa arvioinnissa kirjataan joka työvuoron päättyessä potilaasta hänen voinnissaan tapahtuneet muutokset, käytetyt hoitokeinot ja hoidon edistyminen. Pitkäaikaispotilaiden kohdalla väliarviointeja olisi hyvä kirjoittaa aika ajoin, varsinkin silloin, kun hoitotyön päivittäinen kirjaaminen on niukkaa. (Hallila 2005, 109.)

Arvioinnista saadaan monipuolista, jos siihen osallistuu kaikki osapuolet: potilas, hoitaja ja mahdollisesti myös omaiset. Potilaan kokemukset omasta voinnistaan, hoidosta ja käytettävistä auttamismenetelmistä ovat tärkeä osa arviointia, mutta myös omaisten näkemys potilaan tilasta ja saamasta hoidosta tulisi huomioida. (Kassara ym. 2006, 48; Sarvimäki ym. 1996, 207; Rönkkö & Väisänen 1998, 98.)

Rakenteiseen hoitotyön tietoon voidaan myös liittää erilaisia arviointimittareita, jolloin voidaan mitata hoitotyön laatua tai vaikuttavuutta. Näin kirjaamisesta saadut tilastot ovat tehneet hoitotyön sisältöä ja tuloksia näkyvämmäksi. (Hoffren & Hassinen 2008, 17; Tantt & Rusi 2007, 116.)

Vaikka hoitotyön arviointia tehdään päivittäin, tulisi myös hoidon loputtua koostaa hoitajaksosta ja väliarvioinneista hoitotyön loppuarviointi. Se on kirjallinen tiivistelmä hoidosta, josta tulisi ilmetä pääpiirteissään hoidon kulku ja potilaan nykyinen vointi. Tämä takaa hoidon jatkuvuuden potilaan mahdollisesti siirtyessä jatkohoitopaikkaan ja toimii tarvittaessa myös oikeusasiakirjana. (Kassara ym. 2006, 59.)

**KIRJALLISUUTTA**

Hallila, Liisa 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hoffren, Päivi & Hassinen, Tiina 2008. Mirandan pilotointi Kuopion ja Turun yliopistollisessa sairaalassa. Sairaanhoitaja-lehti. Vol 81, nro 6-7/2008, 17.

Hopia, Hanna, Schildt, Tiina & Hovikoski, Kristiina 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 97-110. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kärkkäinen, Oili 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 89-96. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Rönkkö, Ilona, Väisänen, Sari 1998. Arviointi, jatkohoidon suunnittelu ja potilaan kotiuttaminen hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.), Hoitotyön kirjallinen suunnitelma, 98-100. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Rönkkö, Ilona, Väisänen, Sari, Toivanen, Irmeli & Hallila, Liisa 1998. Hoitotyön tiivistelmän laatiminen. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.), Hoitotyön kirjallinen suunnitelma, 101-111. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Saranto, Kaija & Ensio, Anneli 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 123-138. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva. WSOY.

Sonninen, Anna Liisa & Ikonen, Helena 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa, Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 75-79. WSOY Oppimateriaalit Oy.



Sonninen, Anna Liisa, Ensio, Anneli & Ikonen, Helena 2008. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tantt, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa, Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen, 80-87. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tantt, Kaarina & Rusi, Reetta 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007, 113-122. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

## Hyvä kyselyyn vastaaja,

Yhteistyöprojekti kirjaamisen kehittämishankkeen puitteissa alkaa olla loppusuoralla. Tähän liittyen, haluaisimme vielä saada mielipiteenne toteuttamastamme ”Hoitotyön arvioinnin ja yhteenvedon laatiminen” – kehittämismallista, johon olette saaneet perehtyä kesän ja alkusyksyn aikana.

Voitte vastata kyselyyn nimettömänä. Kyselyyn on aikaa vastata **9.9-22.9.2010** välisenä aikana. Täytetty vastauslomake palautetaan osastonhoitajalla olevaan kirjekuoreen. Toivoimme saavamme mahdollisimman rehellistä ja runsasta palautetta. Vastauksista kootaan yhteenvedo, joka raportoidaan hanketta koskevassa opinnäytetyössä. Valmis opinnäytetyö toimitetaan osastolle.

Vaasan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitajaopiskelijat

Anna Haapamäki, Anne Oja-Nisula ja Elina Mäenpää

annannelina@gmail.com

## KYSELYLOMAKE

(Vastauksia voit tarvittaessa jatkaa kyselylomakkeen kääntöpuolelle)

1. Millaista hyötyä koet kirjaamisen kehittämishankkeen tuoneen osastollenne ja sinulle hoitajana?

---

---

2. Onko mielestäsi hoitotyön arviointiin kiinnitetty osastolla enemmän huomiota hankkeen ja kehittämistuotoksen myötä?

---

---

3. Kerro mielipiteesi kehitysmallista. Esimerkiksi mitä hyötyä mallista on ollut?

---

---

4. Vapaat kommentit:

---

---

**KIITOS!**